

---

# *UN CAMINO SIN RETORNO EN LA CONSOLIDACIÓN DE LA ENFERMERÍA*

---

## **A PATH OF NO RETURN IN THE CONSOLIDATION OF NURSING**



**AUTOR:** Álvaro Martínez Onandía

**DIRECTORA:** María Luz Fernández Fernández

Trabajo de Fin de Grado

Grado en Enfermería

**CURSO ACADÉMICO:** 2018/2019

**INSTITUCIÓN:** Facultad de Enfermería,

Universidad de Cantabria

## **AVISO DE RESPONSABILIDAD UC**

*Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.*

*Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros.*

*La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.*

# ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| RESUMEN .....   | 1  |
| ABSTRACT .....  | 1  |
| INTRODUCCIÓN .....  | 2  |
| Objetivos .....   | 5  |
| Descripción de los capítulos .....  | 5  |
| Motivo de elección .....  | 6  |
| Estrategia de búsqueda .....  | 6  |
| <br>CAPÍTULO 1. EL CUIDADO COMO EJE CENTRAL DE LA DISCIPLINA ENFERMERA .....                                    | 8  |
| 1.1. Reflexionando sobre el concepto “cuidado”: ¿de qué estamos hablando? .....                                 | 8  |
| 1.2. El cuidado humanizado: un eslabón imprescindible en la actividad enfermera y en el sistema sanitario ..... | 11 |
| <br>CAPÍTULO 2. LA TRAYECTORIA HISTÓRICA DEL CUIDADO ENFERMERO EN ESPAÑA.....                                   | 14 |
| <br>CAPÍTULO 3. EL ESCENARIO PROFESIONAL: DÓNDE ESTAMOS Y HACIA DÓNDE VAMOS.....                                | 21 |
| 3.1. La situación de la enfermería en la sociedad del siglo XXI .....   | 21 |
| 3.2 Qué metas proponernos y cómo alcanzarlas .....  | 24 |
| <br>CONCLUSIÓN .....  | 28 |
| <br>BIBLIOGRAFÍA .....  | 31 |

## RESUMEN

La Enfermería es una profesión a la que han acontecido numerosos cambios desde sus comienzos hasta la actualidad, con importantes modificaciones en sus competencias y en la manera de entender su actividad. Su eje principal de actuación es el cuidado, elemento básico y fundamental que condiciona la vida y las relaciones de los seres humanos, desde el nacimiento hasta la muerte. Durante el proceso terapéutico, tanto la persona con necesidades de cuidado como el profesional resultan influenciados, en una secuencia bilateral construida en base a su condición como seres humanos. Por tanto, no es posible concebir un cuidado que no esté basado en el respeto a los valores fundamentales del ser humano, y los enfermeros deben velar por ello. En el contexto español, el camino del desarrollo de la enfermería ha sido largo y lleno de obstáculos, así como de cambios de denominación. Pese a esto, la disciplina enfermera ha alcanzado grandes logros profesionales y académicos, no exentos de ciertas problemáticas asentadas aún tanto en su ámbito teórico como práctico. Así, no queda sino emprender acciones como colectivo que permitan asentar de manera firme lo ya conseguido, y avancen en pos del adecuado desarrollo disciplinar y reconocimiento social.

**Palabras Clave:** Atención de Enfermería, Humanización de la Atención, Percepción Social, Valores de Referencia, Historia de la Enfermería.

## ABSTRACT

Nursing is a profession that has undergone numerous changes from its beginnings to present, with important changes in their skills and in the way of understanding its activity. Its main axis of action is care, basic and fundamental element that conditions the life and relationships of human beings, from birth to death. During the therapeutic process, both the person with care needs and the professional are influenced, in a bilateral sequence built on the basis of their condition as human beings. Therefore, it is not possible to conceive care that is not based on respect for the fundamental values of the human being, and nurses must ensure that. In the Spanish context, the path of the development of nursing has been long and full of obstacles, as well as changes of denomination. In spite of this, the nursing discipline has reached great professional and academic achievements, not exempt from certain problems still settled both in its theoretical and practical scope. Thus, it is necessary to undertake actions as a collective that allow to settle firmly what has already been achieved, and to advance in the pursuit of adequate disciplinary development and social recognition.

**Key Words:** Nursing Care, Humanization of Assistance, Social Perception, Reference Values, History of Nursing.

## INTRODUCCIÓN

El cuidado es considerado como una actividad intrínseca y esencial en el ser humano desde los primeros estadios de la vida, de manera que se instituye como una función básica para el desarrollo, y una vía imprescindible para obtener un bienestar físico, mental, social, y espiritual, erigiéndose como una herramienta ineludible para que las personas consigan alcanzar las metas de salud a nivel holístico (1).

A lo largo de la historia de la humanidad, la definición y concepción del cuidado ha sufrido numerosas modificaciones en consonancia con las transformaciones y variaciones del contexto socio-cultural en el que se ha ido insertando cada grupo de población, mientras se han ido estableciendo cambios y preferencias respecto a los mismos, así como de los estándares con los que compararlo (2).

Actualmente, asistimos a una época en la que la conceptualización y valorización del cuidado se encuentra en un punto crítico. Aunque si bien es verdad que los seres humanos, en concordancia a sus estilos de vida y condiciones de salud actuales, requieren igualmente de cuidados que garanticen y fomenten su correcto funcionamiento, la forma de percibirlo y proporcionarlo ha cambiado radicalmente.

Puede decirse, que vivimos un proceso de desvaloración del cuidado como aspecto cotidiano de la realidad humana, que ha perdido en gran parte su importancia para la población en favor de otros aspectos, a priori más tangibles e inmediatos, que proporcionen resultados y beneficios a corto plazo, aunque no necesariamente sean más útiles (3). Las investigaciones de algunos autores reflejan una sociedad deshumanizada, en la que la persona se convierte en un sujeto de consumo bajo las demandas de la economía de mercado de un sistema neocapitalista, lo cual influye en el modo y la forma en la que se proveen los cuidados (4,5). Esto se hace tangible en el hecho de que cuestiones como el autocuidado de uno mismo y hacia los demás, se hayan trasladado a un segundo plano transformándolo en un aspecto no prioritario, y convirtiéndolo en ocasiones en algo escondido para la propia sociedad. En este sentido, es muy remarcable la tendencia cada vez mayor de que sean los profesionales, a través de distintas instituciones, como las sanitarias, quienes provean los servicios de cuidados que históricamente se realizaban mayoritariamente en el ámbito doméstico.

Por otro lado, y enlazando con lo descrito anteriormente, nos enfrentamos ahora a un perfil poblacional que ha aumentado sus estándares de valoración de los cuidados provistos y sus exigencias con respecto a la atención brindada. Además, no debemos olvidar que los avances en el campo de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC), junto con el incremento del grado de formación, permiten a los usuarios un mayor acceso a la información sobre su salud y necesidades de asistencia, situándoles en posición más crítica y demandante (6).

Lo relatado hasta aquí, hace que la provisión de cuidados en los tiempos que nos acontecen adquiera unas características específicas y únicas, que obligan a reconsiderar prioridades y formas de actuación en consonancia con las variaciones sociales y culturales de un mundo cambiante, que sufre transformaciones a un ritmo frenético. Con todo ello, nos enfrentamos a un panorama social que reclama una mayor calidad y profesionalidad en la actividad realizada por parte de quienes tienen la responsabilidad de proporcionar cuidados, es decir, los profesionales de la Enfermería.

En este contexto, el papel de los enfermeros y enfermeras adquiere especial importancia, ya que el cuidado del ser humano es su campo principal de actuación y la base de desarrollo como una actividad profesional fundamental para la sociedad. En este sentido, no es de extrañar que, en sintonía con el gran cambio de percepción cuidadora que se ha producido en la población, la profesión enfermera, esencialmente en las últimas décadas, haya vivido grandes cambios en su planteamiento base, su ámbito de actuación, competencias, formación, así como en su percepción social y profesional (7).

La Enfermería actual es el resultado de una larga trayectoria histórica, que se remonta a los albores del ser humano y que se ha visto condicionada por los distintos escenarios y circunstancias que lo han rodeado en cada momento. Así, la actividad cuidadora ha estado muy ligada originalmente al ámbito religioso, de manera que se presuponían a quienes formaban parte de las distintas Órdenes que se dedicaban a la asistencia de los enfermos algunos valores como la solidaridad, la generosidad, el altruismo y la entrega, además de una importante presunción de la vocación divina en la actividad (8). Esto, pese a tener un papel fundamental en la fundamentación de la práctica enfermera, ha supuesto al mismo tiempo un obstáculo para la efectiva valorización de la profesión. Todo esto sin olvidar la importante repercusión que la perspectiva de género, como profesión predominantemente femenina, ha supuesto en un contexto social con preponderancia del poder masculino, así como los numerosos estereotipos, connotados generalmente de forma negativa, que han perseguido a la figura de la enfermera a lo largo de la historia (9).

En el momento presente, la Enfermería se ha conformado como una profesión de enseñanza universitaria en muchos países, con la posibilidad del acceso al doctorado y la especialización en algunos de sus campos de actuación. Esta circunstancia ha impulsado aún más el carácter científico de la disciplina, fomentando la investigación y el establecimiento de un cuerpo de conocimientos específico que guíe su actividad y permita la determinación de las cualidades y competencias que la hacen única y esencial para la sociedad, actuando bajo los principios de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) (10).

Sin embargo, pese a todo esto, la mayoría de ciudadanos no conocen exactamente cuál es la verdadera actuación y contribución de los profesionales enfermeros con respecto a su salud y cuidados, visualizándola aún como una profesión supeditada a la actividad médica y desconociendo en qué consisten las competencias y formación de la misma. Por otro lado, numerosos estudios han detectado que incluso algunas enfermeras desconocen realmente cuáles son sus capacidades de actuación y competencias, e incluso algunos integrantes de este colectivo siguen teniendo un sentimiento de profesión auxiliar a la actividad médica.

En este clima de desvalorización e indeterminación, tanto por parte de la sociedad como de los propios profesionales enfermeros, adquieren gran importancia algunos cuidados realizados por estos en su práctica diaria que escapan de las clásicas técnicas y realización de los procedimientos terapéuticos pautados por los médicos, los cuales resultan más fácilmente reconocibles. Nos referimos a los cuidados humanizados de enfermería, término que al mismo tiempo que establece una filosofía humanística al quehacer diario de las enfermeras, define aquellos que se realizan con los usuarios, sobre la base del respeto a la dignidad humana, fundamentados en la formación recibida, el nivel competencial y en la investigación (11). Sin embargo, muchos de ellos se mantienen invisibles tanto para los profesionales sanitarios como para los propios usuarios, que los confunden con muestras de simple simpatía, amabilidad y respeto (8).

No cabe duda, que las características expresadas son intrínsecas a la acción cuidadora enfermera, estas se fundamentan en conocimientos y habilidades que requieren una adecuada formación para ser proporcionados, apoyándose además en evidencias científicas, que muestren la eficiencia y eficacia de las actuaciones enfermeras en la correcta satisfacción de las necesidades de salud de las personas.

Sin duda, resulta necesario identificar la importancia y eficacia de las intervenciones de enfermería a la hora de proporcionar los cuidados e influir en la salud de las personas, incluyendo tanto los aspectos técnicos de la profesión, como aquellas dimensiones menos tangibles, aunque no por ello menos importantes.

Para este fin, muchos autores resaltan la importancia de evidenciar las intervenciones llevadas a cabo por las enfermeras en su práctica diaria, así como la necesidad de desarrollar nuevas escalas, sistemas de registro y un lenguaje propio que permitan plasmar de manera adecuada qué hacen realmente, cómo repercute su actividad en el estado de salud de la sociedad y qué valores guían su práctica profesional diaria (12,13).

El reto del posicionamiento profesional enfermero se centra en el desafío de encontrar e impulsar aquellos aspectos esenciales que favorezcan y contribuyan a situar su actividad como un elemento clave y esencial para el bienestar social. Para este fin, resulta imprescindible hacer una valoración de cómo la investigación enfermera está consolidando las bases de una disciplina científica en auge, y la manera en la que esta repercute efectivamente en la práctica diaria, para trasladar el cuerpo de evidencias de la teoría a la práctica.

A tenor de todo lo expuesto, el presente trabajo trata de profundizar en la esencia y concepción del núcleo central que guía la actividad enfermera, el cuidado, así como en algunos de los aspectos definitorios y base de la profesión que efectivamente la convierten en una actividad esencial para la humanidad. Asimismo, se dará una visión global de la situación actual de la enfermería, de su influencia y percepción en la sociedad y en el propio colectivo, enfocándola principalmente en el contexto histórico español, así como de algunos aspectos considerados clave en el adecuado desarrollo de la Enfermería.

## Objetivo general

- ❖ Identificar los elementos que condicionan la actividad profesional enfermera y su percepción social, así como los principios que la fundamentan como profesión esencial para la sociedad, especialmente en España.

## Objetivos específicos

- ❖ Analizar el concepto de cuidado, las características del cuidado humanizado y su repercusión en la profesión enfermera.
- ❖ Examinar los antecedentes históricos que han marcado de forma más notable el desarrollo de la profesión enfermera en España, y su valoración social y profesional.
- ❖ Detallar la situación actual de la profesión enfermera, los rasgos que condicionan su actividad, y las características que la fundamentan como profesión indispensable.
- ❖ Indicar posibles medidas a llevar a cabo para materializar el adecuado desarrollo profesional y reconocimiento de la Enfermería.

## Descripción de los capítulos

El presente trabajo se estructura en tres capítulos. En el primero de ellos, que se subdivide en dos, se aborda la dimensión filosófica, social y cultural del concepto “cuidado” aludiendo a sus fundamentos, haciendo hincapié en su vínculo con la Enfermería y la relación que se establece entre las enfermeras y las personas. Posteriormente, se reflexiona sobre el denominado “cuidado humanizado”, la importancia que este tiene para los usuarios y la calidad de la asistencia que se les brinda, y de cómo este debe ser un eje primordial de actuación para las enfermeras, como garantes de la humanización de los servicios sanitarios.

En el segundo capítulo se recopilan los principales hechos históricos y legislativos que han influido en la configuración y concepción de la actual enfermería española, añadiendo información correspondiente al siglo XIX, pero enfocándose en la historia a partir del Reconocimiento de la titulación de Enfermera en 1915 hasta nuestros días.

Por último, el tercer capítulo, también dividido en dos subcapítulos. En la primera parte se describe la realidad de la profesión enfermera en la actualidad, analizando algunos de los aspectos que condicionan su actividad diaria y que dificultan la obtención de la satisfacción profesional y reconocimiento social que merece. La segunda parte trata de detallar cuáles son los pasos a seguir y las medidas a tomar para propiciar el adecuado desarrollo profesional de la enfermería, así como su reconocimiento social, incluyendo cambios de índole administrativo, formativo, y aspectos sociales y de adaptación a la realidad de nuestra sociedad actual.



## Motivo de elección

El motivo de elección de la temática a tratar en este documento se plantea principalmente tras algunas experiencias personales acontecidas como estudiante de Enfermería durante la realización de las prácticas clínicas formativas.

Entre estas, se destacan la multitud de interpretaciones que los profesionales enfermeros con los que he tenido la oportunidad de formarme me han transmitido sobre los fundamentos de la enfermería, competencias, ámbitos de actuación y repercusión profesional, cada cual distinta y mostrando un importante grado de variabilidad en el pensamiento. Esto ha sido igualmente extrapolable a los comentarios y percepciones percibidas por parte de los usuarios de los servicios de salud, así como de profesionales de otras disciplinas.

Por otro lado, la inquietud acerca de esta temática se ha visto incrementada al presenciar las grandes diferencias encontradas entre los principios y aspectos trabajados durante la formación teórica, y la realidad plasmada en la práctica diaria. Diferencias entre la forma de hacer, pensar y organizar la actividad de los profesionales formados y los puntos remarcados durante la formación en la Universidad, que incitan a preguntarse cuál de las dos realidades es la que representa de manera más veraz la Enfermería.

De esta forma, se me planteó la necesidad personal y académica de intentar esclarecer algunas de estas discordancias, apoyándome en la literatura y documentos oficiales disponibles para su consulta, con el fin de determinar de forma real cuales son las verdaderas competencias y capacidades de la profesión enfermera, qué es lo que convierte a una profesión en esencial, así como cuales podrían ser los pilares que pudiesen fomentar el adecuado desarrollo profesional, contribuyendo además a promover una mayor uniformidad en la percepción y actuación profesional de las enfermeras, y en la valoración de usuarios y demás profesionales.

## Estrategia de búsqueda

Para la realización de este trabajo, se realizó una revisión bibliográfica entre diciembre del 2018 y marzo del 2019. Con este fin, se identificaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH) que permitiesen a posteriori la búsqueda focalizada de los recursos a emplear en este documento, siendo seleccionados los siguientes:

- *Atención de Enfermería / Nursing Care*
- *Humanización de la Atención / Humanization of Assistance*
- *Percepción Social / Social Perception*
- *Valores de Referencia / Reference Values*
- *Historia de la Enfermería / History of Nursing*

A continuación, se procedió a introducir los DeCS y MeHS seleccionados en diferentes Bases de Datos, conjugados con los operadores booleanos (AND, OR, ""), siendo seleccionadas las siguientes:

- *Dialnet*
- *Cuiden*
- *PubMed*
- *Scopus*
- *Scielo*
- *Google Académico*

De la búsqueda en las anteriormente citadas bases de datos, se seleccionaron solamente los artículos de interés en relación a la temática del presente trabajo, y entre estos, solamente aquellos con una antigüedad igual o menor a cinco años (entre 2013 y 2018, ambos incluidos).

Se utilizaron documentos en lengua española, inglesa y portuguesa.

Se completó la recogida de datos con la consulta de otras fuentes bibliográficas distintas a las bases de datos ya especificadas. Entre estas fuentes, se resaltan las siguientes:

- Libros y capítulos de libro.
- Legislación española:
  - Gaceta de Madrid: <https://www.boe.es/buscar/gazeta.php>
  - Boletín Oficial del Estado (BOE): <https://www.boe.es/>
- Organismos oficiales, nacionales e internacionales:
  - World Health Organization (WHO): [www.who.int](http://www.who.int)
  - European Statistical Office (EUROSTAT): <https://ec.europa.eu/eurostat/>
  - International Council of Nursing (INC): <https://www.icn.ch/es>
  - Instituto Nacional de Estadística (INE): <http://www.ine.es>
- Tesis doctorales y trabajos final de máster.
- Libros recopilatorios de ponencias y congresos.

## CAPÍTULO 1. EL CUIDADO COMO EJE CENTRAL DE LA DISCIPLINA ENFERMERA

### 1.1. REFLEXIONANDO SOBRE EL CONCEPTO “CUIDADO”: ¿DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO?

Es difícil determinar de forma concreta qué es el cuidado y de qué se compone, principalmente por ser esta una palabra polisémica y utilizada en numerosos contextos de la vida diaria. Sin ir más lejos, el Diccionario de la Real Academia Española adjunta cinco acepciones diferentes para la palabra cuidado, y añade otras siete frases de uso coloquial que aportan matices diversos a dicho término (14).

Algunos autores han tratado de dar una definición adecuada que pueda ser extrapolable al contexto enfermero. William Cody define el cuidado como *“una interacción reconocible y estructurada, a través de la cual las personas proveen y reciben asistencia, para atender sus necesidades básicas en la condición de salud en que se encuentran”* (15). Por su parte, Vera Regina Waldow da un paso más en la definición este término, incluyendo algunos de los aspectos más empleados y estudiados actualmente en la literatura consultada, donde este no se percibe solo como una relación terapéutica, sino que a su vez se fundamenta como motor de cambio para la sociedad y la historia. Añade aspectos del cuidado como: *“una forma de vivir, de ser, de expresarse. Una postura ética y estética frente al mundo. Un compromiso de estar con el mundo. Es contribuir con el bienestar general, la conservación de la naturaleza, la promoción de las potencialidades, de la dignidad humana y de nuestra espiritualidad; es contribuir a la construcción de la historia, del conocimiento y de la vida”* (3).

Así, llegados a este punto es necesario hacer alusión a algunos preceptos filosóficos que nos permitan comprender con mayor detalle qué dimensiones abarca del cuidado. Cuanto menos, resulta llamativo que, si buscamos referencias en la época de esplendor de la filosofía ateniense, ninguno de los tres grandes filósofos, Sócrates, Platón y Aristóteles, hacen grandes referencias acerca del cuidado como virtud intrínseca del ser humano, ni lo consideran una actividad esencial para el mismo. En lugar de esto, desarrollan cuatro conceptos conocidos posteriormente como ‘virtudes cardinales’: la justicia, la prudencia, la fortaleza y la templanza. Esto, sin tener en cuenta que el ser humano es capaz de sobrevivir aún sin poseer ninguna de las anteriormente citadas virtudes, pero claramente no puede hacerlo sin el cuidado propio o de otros, sobre todo en momentos puntuales de la vida como es el nacimiento, el envejecimiento y durante la enfermedad. Posteriormente algunas escuelas grecolatinas sí harán referencia al cuidado de uno mismo, el denominado autocuidado del cuerpo y del alma, como vía para alcanzar la eudaimonía o felicidad del individuo (16).

Pero en realidad, la que por primera vez hará referencia al cuidado del otro, será la filosofía medieval, derivado de una de las denominadas virtudes cristianas: la caridad. El ser humano actúa con misericordia para ayudar al necesitado, salvándolo en su estado vulnerable, para lograr de esta forma la salvación de su propia alma a los ojos de Dios. Este cambio de mentalidad será clave para formación de nuevas figuras y actividades que supondrán la base de la Enfermería moderna (16).

Ya en la era contemporánea, el filósofo alemán Martin Heidegger (1889-1976) predispuso que este se fundamenta en una unión inquebrantable entre el tiempo y el ser. A partir de esto, se establece que todo aquello que hace posible la existencia y la vida de la persona tiene su base en el cuidado. De esta forma, el ser es en el Dasein (existencia) gracias a la estructura del ser que se forma a través del Sorge (cuidado), que se fundamentaría como la propia manifestación de la existencia. La cura se establecería como la *“entidad dispensadora de cuidados”*, que acompaña y modifica al ser humano durante todo su proceso de vida (17).

Otros teóricos contemporáneos han tratado de dar una explicación al proceso de cuidado que se establece entre el sujeto con necesidades de salud y otro sujeto que intenta dar una respuesta a estas. El teólogo Leonardo Boff remarca el interés en el modo de ser cuidado, donde entre el sujeto cuidador y el sujeto cuidado se establece una relación de convivencia e interacción, haciendo énfasis en su concepción horizontal, en la cual el primero debe encargarse de encontrar el equilibrio entre las intervenciones relacionadas con el mundo material, y aquellas que van dirigidas a la dimensión espiritual de la persona, remarcando de manera clara la parte sentimental (18). Por su parte, María Nubia Romero enfatiza algo ya dicho con anterioridad, es decir, la naturaleza igualitaria de la relación entre el sujeto cuidador y el sujeto de cuidado, donde el contacto entre ambas partes resulta esencial para alcanzar los objetivos propuestos. Dentro de esta relación, deriva un proceso beneficioso de autorrealización y crecimiento para ambas partes, sin la cual no sería posible hablar del acto de cuidar (5). Se extraería de esto la afirmación de que el cuidado de uno mismo no sería posible sin el cuidado de los demás, y viceversa (19).

Queda plasmada por tanto la dificultad en la delimitación del término ‘cuidado’ y de las dimensiones en las que repercute. Se justifica por su gran carga subjetiva, dependiente en gran medida de las percepciones personales del sujeto, así como de una gran variabilidad colectiva según el periodo histórico estudiado, sus valores y moral.

En este contexto, la Enfermería nace y se constituye como medio necesario para la satisfacción de las necesidades de cuidado de la persona, principalmente en situaciones específicas, como son los primeros estadios de la vida, durante los procesos de enfermedad, y en la vejez, entre otros. El objetivo primordial del cuidado de enfermería pasa por garantizar el adecuado bienestar de las personas, las familias y de la propia sociedad, para permitirles mantener unos estándares de vida adecuados. Es necesario que las enfermeras identifiquen los riesgos para la salud de los individuos y las colectividades, fomenten su erradicación y colaboren en la prevención de sus consecuencias. Además, es indispensable que fomenten el empoderamiento de las personas en el autocuidado de su propia salud (17).

Por tanto, dado que el cuidado es inherente a la práctica enfermera a lo largo de su periplo histórico, distintas autoras han intentado explicar los fundamentos que lo sustentan. En este contexto, una de las figuras más relevantes es Florence Nightingale (1820-1910) quién estableció que el objetivo fundamental de la enfermería es situar al paciente en el mejor estado posible (en su ámbito físico, psíquico y en relación al propio ambiente), para que la propia naturaleza actúe sobre él (20). Por su parte, Hildegard Peplau (1909-1999) resalta el aspecto de la relación humana que se establece entre la persona receptora del cuidado y el profesional que lo proporciona. Esto basándose en una formación determinada que le permite actuar de acuerdo a la demanda de cuidado de la primera, y desarrollando la teoría de las “relaciones interpersonales” que se establecen entre estos dos sujetos en la relación de cuidado (21).

Posteriormente, otra de las teóricas más influyentes de la disciplina, Virginia Henderson (1897-1996), propondría un sistema de valoración holística de la persona en su ámbito físico, psíquico y social, adoptado y seguido en numerosos centros asistenciales del mundo. Así lo señalaba en su obra *“Textbook of the Principles and Practice of Nursing”* (1955), el cual escribió junto a Bertha Harmer, especificando, que *“la enfermería es la asistencia a la persona, enferma o sana, en la ejecución de aquellas actividades que favorecen su salud o la recuperación de la misma, o una muerte en paz, tareas que él podría realizar sin ayuda si tuviera las energías, fuerza de voluntad o conocimientos necesarios, buscando la forma de ayudarlo a independizarse de la forma más rápida posible”* (22). Esta definición será posteriormente recogida en el libro *“Principios básicos de los cuidados de enfermería”*, editado por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) en 1971 (23).

Aunque si bien es cierto, que los aspectos que rodean la dimensión enfermera son cuantiosos, parece plenamente aceptado que el elemento esencial que guía su práctica, al mismo tiempo que se fundamenta como su objetivo principal, es el cuidado a la persona en el proceso de satisfacción de sus necesidades básicas de salud. Es a partir de este aspecto desde el cual se ha podido desarrollar un cuerpo de conocimientos teóricos y prácticos, que ha permitido el desempeño de su práctica de acuerdo a unos preceptos y objetivos establecidos, además del asentamiento de unas funciones claras (24).

Pero las actividades de cuidado no pueden entenderse si no es dentro de un marco ético. En este sentido, especifica Amaro, que estas se fundamentan en las relaciones humanas, las cuales se basan en el respeto a la persona como ser humano, pero al mismo tiempo sobre sí mismo como persona, considerando y tolerando las opiniones y las decisiones del resto de seres con respeto a su existencia (20). Es evidente que, durante el desempeño diario, la enfermera es responsable de hacer el bien, y al mismo tiempo es garante del respeto y la protección de los valores más importantes del ser humano, tales como la vida, la salud y los derechos humanos. Es aquí donde cobran sentido los llamados “principios de la bioética”; beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, que están llamados a guiar la actividad profesional de las enfermeras (22,25).

A menudo, cuando se habla de los valores de la profesión enfermera, al momento vienen a la cabeza algunos de los considerados “humanos” como el altruismo, la compasión, la suplencia, el compromiso y la dignidad. No obstante, para delimitar de manera adecuada los que deberían guiar la Enfermería, no hay más que acudir a consultar el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) redactado en el año 2012, y que a día de hoy constituye el documento más actualizado. En este se establece que las enfermeras desempeñan su actividad en base a cuatro actividades predilectas que son la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la restauración de la salud y el alivio del sufrimiento, en concordancia siempre con los derechos humanos, al derecho a la libre elección y sin distinción posible por características personales del sujeto a asistir. En los párrafos posteriores del Código, se identifican algunos valores base que deben guiar la práctica enfermera, tales como la compasión, la integridad, el respeto y la disponibilidad. Se resalta la importancia de la confidencialidad en el uso de la información, y su responsabilidad en la protección y salvaguarda del usuario frente a las tecnologías y avances médicos.

Sin embargo, en este documento no encontramos solo referencias a la relación enfermera-paciente, sino que se pueden observar también indicaciones a tenor de la garantía de condiciones de trabajo seguras y equitativas, y a las relaciones de respeto entre los propios profesionales (26). De la misma forma, a nivel nacional puede consultarse el Código Deontológico de la Enfermería Española publicado tras la Resolución nº39 de 1989 en el que se plasman estos mismos valores, y otros, englobados en 85 artículos divididos en trece capítulos, con siete normas adicionales (27).

Asimismo, resulta de interés hacer mención a las percepciones que autores como Joan Tronto atribuyen sobre el cuidado en algunos de sus trabajos. Hace referencia a la actual crisis de valores y de consideración con respecto al cuidado en que se encuentra sumida la sociedad. Entre las causas de este alejamiento, resalta el papel jugado por las políticas de un sistema capitalista neoliberal que despersonaliza a los seres humanos, les convierte en objetos de consumo y dificulta la provisión de cuidados desde un punto de vista humano y emocional. Establece que este debe entenderse además desde su perspectiva asistencial, como una actividad intrínseca de la vida y del desarrollo del ser humano, que afecta además al entorno y la sociedad en la que vivimos.

De esta forma, teoriza que es posible llevar a cabo un cambio de visión en la sociedad, para colocar el cuidado en un punto de vista prioritario con respecto a las relaciones sociales, políticas y económicas (28).

## **1.2. EL CUIDADO HUMANIZADO: UN ESLABÓN IMPRESCINDIBLE EN LA ACTIVIDAD ENFERMERA Y EN EL SISTEMA SANITARIO**

En nuestro tiempo se presenta un importante debate en relación a la humanización de la asistencia desde sectores que piden una mayor consideración de las dimensiones emocionales y psicosociales de los usuarios asistidos en las instituciones sanitarias, resaltando la necesidad de abandonar el paternalismo biomédico que actualmente parece guiar la asistencia sanitaria. Este modelo, inevitablemente, afecta a la profesión enfermera de manera directa, al considerarse esta por algunos como eje integrador de las diferentes disciplinas sanitarias (4,29).

En palabras de Alain Agramonte, humanizar consiste en *“reconocer al hombre como un ser moral”*, enfocado en todas las dimensiones que integran a la persona (física, psicológica, social, espiritual, cultural...) (20). Por su parte, se podría considerar la humanización de la atención como la conjunción de los conocimientos y avances de la ciencia con los valores base que integran al ser humano, permitiendo que la asistencia prestada esté dirigida al individuo a través de unos cuidados de calidad y holísticos (4).

Desde el punto de vista de la Enfermería, es imposible no encontrar una clara relación entre el cuidado humanizado y otro término utilizado a menudo en la literatura enfermera, el *“cuidado invisible”*. Este término fue definido por Huércanos como las *“acciones intencionadas de cuidado que no son registradas, debido a sistemas de registro inadecuados, o en relación al escaso valor que se atribuye a estas acciones”* (11).

La invisibilidad de estas actividades en las instituciones sanitarias procede de la mayor prevalencia, percepción y valoración, tanto social como profesional, de las labores de naturaleza técnica, que guardan mayor concordancia con el modelo biomédico imperante enfocado en la enfermedad. Esto provoca inevitablemente una menor consideración de los aspectos emocionales, psicológicos y espirituales del ser humano, que tienen un importante peso durante la práctica diaria del colectivo enfermero, y que a menudo son transportados a un segundo plano

en la asistencia por los propios profesionales. Por lo tanto, se produce un fenómeno dual en el cual no solo la población percibe con menor intensidad aquellas acciones enfocadas a los aspectos más “humanos” de la asistencia, sino que los propios profesionales conciben este cuidado como menos importante (30).

Ciertamente la provisión de un cuidado humanizado depende directamente de la sensibilización personal de los profesionales, que deben actuar como humanizadores del sistema sanitario, interviniendo siempre en beneficio del usuario. En este sentido, resulta imprescindible proceder en concordancia con algunos de los valores esenciales de la profesión tales como la solidaridad, la compasión y el respeto (30).

No obstante, se debe entender que la consecución de la adecuada humanización del cuidado solo es posible a través de las simbiosis de un entorno propicio para su desarrollo, las características y capacidades sociales de las enfermeras, los valores profesionales, así como los conocimientos y formación específica adquirida por estas (4).

En palabras de Luis María Murillo, el hombre no es necesariamente un ser humanizado sólo por su condición de humano, sino que requiere de un proceso transformador en sí para alcanzar esta condición (30). En relación a esto, Swanson remarca que la única forma posible de posicionarse en condición y capacidad de realizar un cuidado humanizado requiere por fuerza la obtención de una amplia experiencia en el campo, además de las destrezas adecuadas que permitan concebir al ser humano de una manera holística (5). Por su parte, Abascal y Acosta establecen que el cuidado se fundamenta como “un modo humano de ser”, es decir una cualidad intrínseca, al cual se le adhieren una serie de conocimientos y habilidades obtenidos mediante la formación que proporcionan la base de su profesionalización. En este proceso, el enfermero no actúa solo como ejecutor de los procedimientos técnicos diagnóstico-terapéuticos, sino que opera como protector y promotor de la dignidad del usuario asistido, así como garante de la humanidad de los servicios sanitarios. No debemos olvidar que es una de las figuras profesionales que más tiempo emplea al lado del usuario, y por lo tanto se convierte en un elemento ideal y necesario para la humanización de la asistencia sanitaria (20).

Algunos teóricos han desarrollado estudios relacionados con estos aspectos humanísticos. El término ‘inteligencia emocional’ acuñado por Salovey y Mayer, describe las habilidades individuales de la persona que le permiten el manejo de dos elementos específicos del ser humano; las emociones y los sentimientos, los propios y ajenos, pudiendo gestionar y guiar la acción actuando sobre estos (31).

Por otra parte, Margaret Jean Watson desarrolla el concepto de ‘cuidado transpersonal’ basándose en la relación entre persona cuidada y cuidador, resaltando la importancia de la unión entre cuerpo-mente-alma. En la misma línea, se evidencia la teoría de la ‘Enfermería Humanística’ que resalta la relación que se establece entre enfermera-paciente, y la afectación recíproca de las acciones de ambos como seres humanos. De forma similar lo hacen los documentos de Travelbee y Peplau, en los que se resalta la necesaria y obligatoria adhesión del concepto ‘humanización’ en la práctica (31).

La humanización de la asistencia no puede ser un aspecto ajeno a la profesión enfermera, ya que su propio metaparadigma incluye dentro de sus conceptos al ser humano como ente integral. Resultaría imposible concebir una Enfermería cuyo centro no fuese el cuidado de las personas de manera holística, con una visión más allá de la patología, hacia la satisfacción de las necesidades más básicas del ser humano, que resultan imprescindibles para en la búsqueda de la dignidad, bienestar e igualdad de todas las personas asistidas por enfermeras (15).



A la hora de reflexionar sobre la relación entre el cuidado humanizado y la Enfermería es necesario tener en cuenta su importancia en relación a la autonomía profesional. Si bien es cierto que la humanización de la asistencia es un aspecto concerniente a todas las profesiones sanitarias, es en la Enfermería dónde, en concordancia con su visión holística e integradora del ser humano, este aspecto se convierte no solo en un adjetivo que describe cómo se realiza la asistencia, sino que al mismo tiempo se conceptualiza como un objetivo de la práctica profesional. Esto se evidencia aún más si concebimos la Enfermería como elemento integrador de las profesiones sanitarias, siendo por tanto elemento básico de su práctica la mediación entre estos y el usuario, preservando sus derechos y deberes con respecto al resto de profesionales (24).

El cuidado humanizado se debe configurar como aspecto identificativo de la profesión. Los usuarios percibirían el trato diferenciado que recibirían de las enfermeras en relación al recibido por el resto de profesionales, basándose en aptitudes personales y sobre todo en la formación, valorando esta perspectiva, y fomentando la conformación de una idea colectiva específica y diferenciada para este colectivo (32).

Los efectos del cuidado humanizado no son un aspecto que incumba solo a los usuarios. Los propios profesionales pueden verse afectados de forma positiva o negativa según lleven a cabo o no este proceso. Así, los que realizan durante su ejercicio profesional unos cuidados personalizados suelen percibir mayor reconocimiento y satisfacción personal con su desempeño profesional (4).

En un estudio llevado a cabo en Chile con la participación de 240 enfermeros, se confrontaba la relación entre la percepción de cuidado humanizado realizado, y la percepción individual de riesgo psicosocial (incluyendo exigencia psicológica, apoyo social en la empresa/liderazgo de calidad, trabajo activo/desarrollo de habilidades, compensaciones y doble presencia). Los resultados aportados por este estudio arrojaban que cuanto mayor es la percepción de cuidado humanizado provisto por el profesional, menor es la sensación de riesgo psicosocial apreciado en al menos tres de las anteriores dimensiones descritas. De la misma forma, los participantes que percibían un mayor riesgo psicosocial habían plasmado una menor percepción de provisión de cuidado humanizado en sus encuestas (1).

A pesar de todo lo dicho anteriormente, resulta evidente que la concepción de la asistencia como herramienta de humanización requiere de la confrontación entre dos sistemas con bases completamente distintas: por un lado, la concepción de la sanidad que ensalza el modelo biomédico con la prevalencia de los resultados de la tecnología sobre la persona, y por el otro, un sistema que prioriza la esencia humana en su totalidad, así como el respeto por sus derechos. De no producirse esta confrontación, se corre el riesgo de que en una época en la que los avances sanitarios están alcanzando metas insospechadas para la salvaguarda del ser humano, sea este mismo el que quede relegado a un segundo plano (2).

La efectiva integración de la humanización en la asistencia no puede concebirse sin el fomento de esta tendencia en las propias instituciones, órganos gestores y universidades como motor de la formación de los futuros profesionales. Se debe integrar esta corriente en todos los niveles asistenciales, coordinadores y directivos, motivando un verdadero cambio de aptitud y percepción sobre su fundamento, con el fin de conformar la humanización en un hecho esencial y necesario de la asistencia sanitaria, sin el cual no pudiese hablarse de cuidado (30).

El análisis de todas estas teorías y afirmaciones nos lleva a la afirmación clara de que el cuidado humanizado no puede considerarse un aspecto secundario de la práctica que diferencie entre mejores o peores profesionales, sino que debe constituirse como un aspecto intrínseco de la cualidad de enfermero, que guíe su quehacer diario con los usuarios asistidos, y que actúe al mismo tiempo como compromiso y responsabilidad hacia la sociedad. Si tenemos en cuenta las



repercusiones que tiene tanto en la salud de los usuarios como en la dimensión personal del profesional, además de la condición de asistencia integral que debe guiar la práctica enfermera, cabe preguntarnos por qué es necesario reflexionar y apelar a día de hoy sobre la humanización de cuidado, cuando por lógica debería ser un aspecto innato de la asistencia sanitaria (4).

## CAPÍTULO 2. LA TRAYECTORIA HISTÓRICA DEL CUIDADO ENFERMERO EN ESPAÑA

En el contexto español, históricamente, las actividades de cuidados se encuentran muy ligados a la actividad de las distintas órdenes religiosas, es el caso de algunas como la de Los Hermanos Obregones (constituida por Bernardino Obregón en 1567), la Orden de San Juan de Dios (formada por discípulos de Juan Ciudad en 1572) o la Orden de las Hermanas de la Caridad (fundada por Vicente de Paul en 1633) (33). Estas llevaban a cabo el cuidado de las personas necesitadas con el objetivo de “llegar al alma cuidando el cuerpo” (34), además de encontrar de esta forma una vía para los propios cuidadores de alcanzar la armonía con Dios y obtener su favor. Los cuidados provistos por estos religiosos y religiosas estaban muy enfocados a asegurar la alimentación de los enfermos, así como la comodidad y el bienestar físico y mental de los mismos, además de la realización de algunos tratamientos terapéuticos.

Sin embargo, también estos religiosos vieron evidente de manera progresiva, la necesidad de una mayor formación y conocimientos por parte de los proveedores de cuidados para satisfacer de manera más adecuada las necesidades de los enfermos y pobres. Es por esto por lo que se elaboran materiales formativos en forma de manuales y libros con contenidos diversos según la actividad realizada por el cuidador. Entre estos destaca la *Instrucción de Enfermeros* publicado por Andrés Fernández en el año 1617, considerado el primer manual de Enfermería hospitalaria impreso escrito por un autor enfermero y no al gremio médico u otros oficios (35).

A medida que avanza la Edad Moderna, la necesidad de una mayor expansión del tratamiento sanitario a la población, junto con la escasez de médicos que cumpliesen los criterios necesarios para la práctica de su profesión provocaron la necesidad de creación de nuevas figuras asistenciales. Estas se formaban con médicos profesionales, pero que no llegaban a alcanzar los conocimientos y formación como para ser considerados como tal, sino que actuaban como auxiliares de los primeros. Es el caso de los llamados Sangradores o Ministrantes que verán su unificación en 1845 (36).

Posteriormente, la Ley de Instrucción Pública del 9 de septiembre de 1857, denominada también Ley Moyano en honor a su redactor, suprime la enseñanza de la Cirugía Menor o Ministrante, y constituye los títulos de Matrona y Practicante, actuando ambos de la misma forma como auxiliares de la profesión médica. Con la denominación de Practicante se englobaban también desde este momento a los callistas, dentistas (que permanecerán bajo esta denominación hasta 1877) y asistentes de parto (36,37,38).

Según la Real Orden de 21 de noviembre de 1861, se establecía el Reglamento para la formación de Practicantes y Matronas. En la misma se determinan aspectos como que la docencia debía recaer en “facultativos primeros o segundos de los hospitales”, así como la duración de la formación, que se dividía en 4 semestres (2 años) con lecciones diarias de hora y media, y con clases a puerta cerrada para evitar la mezcla entre matronas y practicantes.

De la misma forma, establecía, que los estudios de practicante iban dirigidos solo a hombres mayores de 16 años (las mujeres no podrán formarse como practicantes hasta Real Decreto del 12 de agosto 1904, artículo 11) (39). En el caso de los de matrona, iban dirigidos a mujeres casadas o viudas mayores de 20 años, siendo necesario permiso del marido o del padre para inscribirse, además de un certificado de buena vida y costumbres de parte del párroco. Para entrar a ambas titulaciones era necesario, además, superar un examen de conocimientos de la enseñanza elemental (40).

En este contexto, para hablar del Reconocimiento Oficial del Título de Enfermera en España nos debemos remontar a inicios del siglo XX. A pesar de la existencia de numerosas figuras profesionales encargadas de la salud de la población, las órdenes religiosas continuaban teniendo un papel importante en la provisión de cuidados. Y es precisamente de la mano de algunas integrantes de una de estas órdenes religiosas, las Siervas de María Ministras de los Enfermos (fundadas en 1851 con el fin de proveer cuidados a domicilio de forma gratuita) (41) de las cuales provienen los primeros pasos hacia el reconocimiento y creación del título. Con anterioridad a la legalización de los estudios de Enfermera, el médico Federico Rubio y Galí fundó la que sería la primera Escuela de Enfermeras “Santa Isabel de Hungría” en el Instituto de Técnica Operatoria de Madrid en 1896. No obstante, el Real Decreto de 12 de enero de 1904 (42) que aprueba la Instrucción General de Sanidad, establece que es necesario disponer de un título oficial para poder desempeñar la actividad laboral en una institución sanitaria, ya fuese pública o privada (art. 67).

En el año 1911 el Papa Pío X llevó a cabo una reunión con las Madres Superiores de las diferentes Congregaciones y Órdenes religiosas proveedoras de cuidados que en esa época residían en Roma, en la que se proyectó la idea de la necesidad de formación de las mismas para obtener el título de enfermera (43). Así, algunas de las Siervas de María acudieron a Roma para formarse los años 1913-1914. Ante la dificultad de enviar a las religiosas fuera de España para recibir formación, se inició un proceso que tuvo como fin la instauración del título de enfermera en la Escuela de Madrid. Para la puesta en marcha de la misma, se recopiló el material didáctico disponible con ayuda de dos Hermanas que se habían formado en la Escuela del Vaticano (creada en 1906) (41). En su instauración fue esencial el papel que interpretó la Madre Fernanda Iribarren como principal impulsora del proyecto, apoyada y avalada por cuatro médicos españoles de renombre: Ramón Jiménez, Luciano Barajas, Nicasio Mariscal y Antonio Simonena, los cuales colaboraron en la redacción del Programa de Enseñanza para la formación de las religiosas (44).

El proceso llevado a cabo por la Orden religiosa tiene éxito, y culmina con la aprobación del Título Oficial de Enfermera en el año 1915, así como del *“Programa de los conocimientos necesarios para habilitar de enfermeras”* con un contenido de 70 lecciones y la obligatoriedad de superar un examen teórico-práctico al final de la formación para la obtención del título (37). Según el Plan de Estudios propuesto, se definía a la enfermera como *“profesional dedicada a la atención de enfermos, con dominio de determinadas técnicas sanitarias y conocimientos sobre las patologías frecuentes de la época”* (45).

Tras la aprobación del título, los practicantes, con el apoyo del Colegio Central de Medicina y Cirugía (44,46), se movilaron y pusieron quejas al Tribunal de Justicia argumentando un posible trato de favor hacia las enfermeras, y asegurando intrusismo en sus competencias. Estos decían indignarse por la igual consideración entre ellos y las enfermeras cuando a estos se les exigían muchos más conocimientos teóricos y prácticos que a las segundas.

A partir de la aprobación de título de enfermera comenzaron a crearse nuevas Escuelas de Enfermeras para permitir la formación de las mismas. Las Hermanas de la Caridad fundarán otra nueva escuela para mujeres religiosas, mientras que se instauran otras dos laicas: una será el Montepío de Santa Madrona en Barcelona en 1917, y la otra la Escuela Central de la Cruz Roja en Madrid en 1918 (45).

No debemos olvidar que en esos años se desarrolla una de las contiendas más importantes de la historia de la humanidad: La Primera Guerra Mundial (1914-1918). Si bien es cierto que España no participa de forma directa en el enfrentamiento, se encuentran numerosas referencias de asistencia de enfermeras a heridos y víctimas del conflicto. Esto resalta la importancia que tiene la formación de las enfermeras en situaciones de emergencia, e impulsa la creación del Cuerpo de Damas Enfermeras de la Cruz Roja en el año 1917, que dependerá directamente del Ministerio de la Guerra, y que acabará adscribiéndose al ejército nacional. Entre las mujeres de renombre que participaron como enfermeras en esta guerra se encuentra la Reina de España Victoria Eugenia de Battenberg y Sajonia-Coburgo-Gotha, la misma que resultará presumiblemente esencial en la importación de los modelos e ideas docentes de Florence Nightingale, que serán posteriormente implantadas en numerosas escuelas de enfermería laicas españolas (44,45).

En los años posteriores hay pocas modificaciones en los planes de estudio de la profesión enfermera, siendo los aspectos más remarcables su progresiva profesionalización, con la consiguiente mejora de la percepción y reconocimiento social. Así, pasó de ser un oficio doméstico y poco valorado, a ser una profesión establecida y reconocida, sobre todo debido a la implicación de los médicos en su formación. También es reseñable la progresiva aparición de nuevos documentos y materiales de formación, entre ellos el *Manual práctico de asistencia a los enfermos para uso de las Siervas de María* formado por diferentes apuntes compilados durante años por los miembros de esta Orden durante su formación anterior (45,47).

Con la llegada de la II República Española (1931-1939) se promovió un gran progreso en el reconocimiento de los derechos y de las libertades de las mujeres españolas. Así, la Constitución de la República Española promulgada el 9 de diciembre de 1931 reconoció algunos como el derecho a votar de las mujeres (art. 36), el de desempeñar cargos públicos de cualquier índole en igualdad de condiciones que los hombres (art. 40) y la igualdad de derechos entre ambos sexos (art. 25) (48).

Estas condiciones inevitablemente afectaron de manera positiva a una profesión predominantemente femenina como la Enfermería, produciéndose un gran desarrollo de su formación, así como procesos de especialización, con el fomento de figuras de reciente creación como la enfermera visitadora (que había comenzado su desarrollo en la década de los 20), así como enfermeras especializadas en la actuación sobre algunas enfermedades específicas como la tuberculosis o las enfermedades venéreas (49).

Durante este periodo republicano de la Historia de España se fomenta de una forma sin precedentes la Salud Pública y las actividades de Higiene Social e infantil, así como la protección de las mujeres puérperas y de los niños. Las pretensiones de implantación de estas nuevas tendencias en salud requirieron de la formación de profesionales, hecho que se llevó a cabo con la provisión de becas para formarse en el extranjero (como las de la Fundación Rockefeller en 1931) y la creación de nuevas Escuelas de formación (como la Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras Sanitarias en 1933, que no pudo cumplir su función por el inicio de la Guerra Civil Española) (50).

En este contexto es importante resaltar el papel de Nieves González Barrio, quien defendió la necesidad de especializar a las enfermeras visitadoras a través de la formación y de unificar la formación de las mismas con temarios y metodologías iguales. Entre los fundamentos que defendió se encontraban la formación de 3 años internos (dos años de formación general y uno de especialización). Otra figura esencial en el ámbito de las enfermeras visitadoras fue Mercedes Milá Nolla como fundadora de la Asociación Profesional de Enfermeras Visitadoras Sanitarias (51).

Pocos años después, muchas de las reformas sociales, docentes y sanitarias que se habían impulsado en el país bajo el gobierno republicano se vieron paralizadas (y en muchos casos nunca volvieron a reactivarse) por las necesidades derivadas del mayor evento bélico de la historia contemporánea española. Nos referimos por supuesto, a la Guerra Civil (1936-1939) que enfrentó a los fieles al gobierno e ideas del bando republicano, contra los ejércitos sublevados del bando nacional, impulsados por figuras representativas de los altos cargos del ejército, entre ellos el General Francisco Franco. Entre estas necesidades derivadas de la contienda se encuentra, como no podría ser de otra manera, la demanda de personal sanitario que asistiese a los heridos de la guerra, y al mismo tiempo a la población civil de los territorios de ambos bandos. Es evidente que esta realidad afectó de manera significativa a la profesión enfermera.

El Gobierno Republicano, tras el comienzo de la contienda, suprimió las órdenes religiosas de los territorios de la República (a excepción del País Vasco). Esto, sumado a la dispersión de gran parte de las enfermeras religiosas por el territorio español, y principalmente a los territorios ocupados por el bando nacional, redujo en gran medida los recursos asistenciales de los que disponía el bando republicano. A raíz de esto, comenzaron a crearse cursos de formación (en diferentes estructuras como sindicatos, partidos políticos, comités regionales...), generalmente de duración y calidad inferiores a los prestados en las anteriores Escuelas de Enfermeras, que permitiesen formar a personal voluntario no profesionales con el fin de abordar la demanda asistencial procedente del desarrollo del conflicto, y que al mismo tiempo asegurasen la asistencia a los civiles. Es de esta forma como aparecen las figuras de las enfermeras populares (principalmente formadas por jóvenes de clase baja). (49, 52).

Por su parte, en el bando nacional se llevó a cabo la ilegalización de todos los partidos políticos (a excepción de Falange Española y la Comunión Tradicionalista) y se procedió al cierre de todos los sindicatos y agrupaciones, que no fuesen afines a la línea ideológica del bando sublevado. La atención se llevó a cabo por Cruz Roja española (la parte que se encontraba en la zona controlada por el bando nacional) así como por Falange Española, Acción Católica y las Margaritas del Requeté Tradicionalista. Estas se vieron apoyadas por las órdenes religiosas ya que muchas de ellas se habían trasladado desde los territorios republicanos tras la supresión de las mismas en esos territorios. Posteriormente, en 1937 se decretará la Orden que establecerá la creación de cursos de las Damas Enfermeras de FET y de las JONS (49).

Si bien es cierto, que el desarrollo de la Guerra Civil supuso algunos cambios en la organización y estructuración de las enfermeras en el territorio español, esta provocó al mismo tiempo la paralización de diversos procesos de modernización de la profesión. El conflicto, a pesar de reafirmar algunos estereotipos subyacentes a la percepción histórica de la enfermería como profesión femenina y "vocacional", a su vez permitió a la población comprobar la importancia de su práctica y existencia. En este sentido, es principalmente en el bando republicano en el que se ensalza la figura de la enfermera como representación de los valores y el compromiso para con la sociedad (45).

Lo anteriormente expuesto puede apreciarse en los numerosos documentos de cartelería, con la exaltación de la enfermera como “heroína” de la guerra en la salvaguarda de las vidas de los combatientes. Además, las actividades desempeñadas por las enfermeras a nivel civil durante este periodo (educación y atención maternal, vacunación y prevención, tratamiento de enfermedades contagiosas como la tuberculosis, asistencia a poblaciones afectadas por la guerra...), tuvieron gran resonancia en la prensa y producción literaria de la época, lo que fomentó el reconocimiento social de la figura de la enfermera durante la Guerra Civil en ambos bandos (52).

El final de la Guerra Civil española culminó con la victoria del bando nacional y la instauración de la Dictadura Franquista (1939-1975) con la figura de Francisco Franco a la cabeza, y la restauración de algunos valores que habían sido desterrados durante la II República. Entre estos, la recuperación de la percepción patriarcal de la sociedad relegando de nuevo a la mujer a las actividades domésticas y a su rol esencial como madre y cuidadora de la familia. Por otro lado, se vuelven a promover los sentimientos católicos y por tanto, se renueva la fortaleza de las órdenes religiosas reingresando, entre estas, la Orden de las Hijas de la Caridad. Es importante remarcar también, que muchas de las enfermeras que fueron formadas durante el periodo de guerra en régimen excepcional vieron obsoletos sus títulos de enfermera al finalizar el conflicto, y algunas (las del bando republicano) fueron incluso perseguidas por su adhesión al bando derrotado (49).

La década de los años 40 supone un periodo de reestructuración de la profesión enfermera después de los años de conflicto. Además, se conformarán otros organismos de gran importancia en el desarrollo y concepción de la salud a nivel internacional, siendo el caso de la creación en 1948 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que contempla entre sus objetivos la protección y promoción de la salud a nivel global (53).

En 1941, se renuevan los criterios y condiciones necesarios para la obtención del título de Enfermera. Desde el año 1942, la organización de las enfermeras españolas está en manos de la Sección Femenina, encargada de la fundación del cuerpo de enfermeras de la Falange Española Tradicionalista, que a su vez se fundamentaba en cuatro cuerpos diferentes: las enfermeras de organización, las enfermeras de guerra, las visitadoras sociales y las Damas enfermeras de la Falange Española (49).

En 1944 se promulga la Ley de Bases de Sanidad Nacional (54), que reconoce a las enfermeras como clase profesional y su cariz especialista como Instructoras Sanitarias. Además, se asientan las bases, y se determina la conformación de los Colegios de Auxiliares Sanitarios, englobando a Practicantes, Enfermeras y Matronas, que serán posteriormente agrupados en un Consejo Nacional con integrantes de los tres Colegios, que actuaran como garantes y defensores de sus intereses profesionales (43). En 1945 se promulga la Orden Ministerial del 26 de noviembre (55) que asienta los Estatutos de las Profesiones Auxiliares Sanitarias, por la que se regulan las funciones de la enfermera, y que la determina como una profesión auxiliar a las órdenes del médico, negando las capacidades ni competencias de la misma para desempeñar su actividad por sí sola (56).

En este sentido, es remarcable el libro de formación *La enfermera española*, de Jorge de Murga y Serret, que contiene material formativo para las enfermeras, y en cuyo prólogo Nicasio Mariscal (uno de los promotores del título de enfermera en 1915) especificaba en numerosas ocasiones que el libro iba enfocado a enfermeras (mujeres), a la vez que recalca la falta de autonomía de este colectivo (57).

A mediados del siglo XX, se inicia la expansión de los grandes hospitales por todo el territorio nacional. Estos se caracterizaban por la gran presencia de tecnología de vanguardia y los últimos inventos en materia de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Estas circunstancias generan una importante demanda de profesionales con una gran formación y habilidad en los aspectos técnicos del tratamiento de las enfermedades, en concordancia con el modelo biomédico que guía la asistencia sanitaria (58). En este contexto, el 4 de diciembre de 1953 se unifican las profesiones de Enfermera, Practicante y Matrona bajo una misma denominación, Ayudante Técnico Sanitario (ATS) (37). Con esta nueva titulación, la de Matrona pasa a ser una Especialidad como complemento formativo añadido a la formación como ATS para poder ejercer en este ámbito, creándose otras nuevas Especialidades. Así mismo, se procedió a la unificación de los Colegios Profesionales de las 3 profesiones (creados en 1945) en un mismo Consejo General de Auxiliares Sanitarios (45).

Los estudios de ATS dependían directamente de la Facultad de Medicina a la que estuviesen adscritos. En 1955 se publica su Plan de Estudios, en el que se especifica el aumento de años en la formación (de 2 a 3 años). El profesorado que impartía las clases teóricas estaba formado por médicos de la Facultad de Medicina, contribuyendo solo los ATS en cierta medida en la formación práctica. Posteriormente, la Orden del 4 de julio de 1955 (59) establecía la prohibición del régimen de coeducación de los ATS: las mujeres estudiaban de manera interna en la Escuela y cursaban asignaturas de “enseñanzas del hogar”, mientras que los hombres no estaban internos y cursaban asignaturas de “autopsia médico-legal” (37,60).

En total se construyeron 195 escuelas de ATS: 152 femeninas, 15 masculinas, 16 tenían ambas ramas independientes, y 3 eran mixtas (60). Entre las condiciones para poder acceder a la formación como ATS, se encontraban aprobar el bachillerato elemental o laboral, la carrera de Magisterio o el Grado Pericial de Comercio. Por otro lado, durante la formación se cursaban asignaturas de moral y religión (61). El Decreto del 26 de julio de 1956 (62) establece las funciones del ATS, y el Decreto 2319/1960 (63) regula la competencia profesional de este grupo.

Hay pocas modificaciones en la realidad enfermera nacional hasta los años 70. Anteriormente, en los textos formativos de los ATS se encontraban discursos similares con respecto a la naturaleza de la profesión. En ellos, se establecía que el ATS trabajaba acorde a la caridad, siendo esta el fin básico, pudiendo recibir una contribución lucrativa pero siempre secundaria a la vocación, bajo las órdenes del médico que debe actuar como un padre para él, debiendo acatar las órdenes sin desobedecer, y pudiendo tan solo corregir las dosis farmacológicas de forma discreta en caso de error facultativo (1975) (64).

En el año 1970, la Ley General de Educación (conocida como Ley Villar) (65) establece la posibilidad de que algunos estudios, entre ellos los de ATS, puedan incluirse entre los universitarios o de formación profesional, según sus características (45). En 1976 comienza un proceso de inclusión de las enseñanzas del ATS en la Universidad, fomentado por una Coordinadora de organizaciones profesionales con la creación de Comisiones de Estudio con presencia de representantes de las Escuelas de ATS de todo el país. Se produce una movilización masiva del colectivo ATS para exigir la incorporación de sus estudios a la Universidad, en la denominada “Revolución de las Batas Blancas” que llenó las calles de Madrid con un lema unánime: “Por una mejor sanidad, ATS a la Universidad” (45,61).

Todo este proceso culmina con el Real Decreto 2128/1977 (66) por el que se integran los estudios de ATS en la Universidad, convirtiéndose las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios en Escuelas Universitarias de Enfermería. El 31 de octubre de 1977 se establecen las directrices que guiarán la conformación de los Planes de Estudios, que incluyesen la adquisición de competencias profesionales más autónomas, además de un cuerpo de conocimientos propios de la nueva figura profesional: el Diplomado Universitario en Enfermería (DUE) (37,67).



Se recupera de esta forma la denominación original de “enfermera”, y se modifican los conocimientos transmitidos en la formación por un enfoque más humanista, enriqueciéndose de saberes de varias ramas y enfocado al eje de la profesión, el cuidado. Por primera vez, las Escuelas Universitarias de Enfermería no están adscritas a las Facultades de Medicina, sino que son independientes. Posteriormente en 1978 se determinaría un curso de nivelación de estudios entre ATS y DUE a través de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) que daría la oportunidad de formarse con materiales actualizados al nuevo plan, así como convalidar el título de DUE a cerca de 80.000 ATS (45). Este título se establece en una época en la que comienza a hablarse de manera importante de fomentar una atención orientada hacia la salud, y no hacia la enfermedad, como promulgaron en la Conferencia de Alma Ata (1978) o como posteriormente se estableció en el proyecto Salud Para Todos en el año 2000 (34).

En los años 80 se producen nuevos pasos esenciales para la conformación de la Enfermería tal y como la conocemos ahora. El año 1984 es un año esencial para la Gestión enfermera en los centros hospitalarios, haciéndose hincapié en la Hoja de Observación de Enfermería y fomentando por tanto la visibilización de la actuación enfermera. Del mismo modo, en ese mismo año se resalta la necesidad de establecer una “Filosofía del Departamento de Enfermería” base de la actuación enfermera en la estructura, que fomentó la percepción de los valores base de la actividad del colectivo (58).

La Orden del 28 de febrero de 1985 (68) establece la aparición de las Direcciones de Enfermería dentro de los órganos de gestión de los hospitales, aumentando la influencia de la profesión en los centros sanitarios. La Ley General de Sanidad de 1986 (69) establece un nuevo campo de actuación sanitaria, la Atención Primaria, que parece abrir un nuevo abanico de posibilidades en Enfermería para el desarrollo de las competencias profesionales autónomas (37). En el año 1989 se establecerá el Departamento de Garantía y Calidad de Enfermería para fomentar y garantizar la calidad del cuidado prestado (58).

Durante el comienzo del siglo XXI, se llevan a cabo una serie de procesos que continúan fomentando la profesionalización de la Enfermería. El Real Decreto 1231/2001 (70) estableció los principios básicos que fundamentan la actividad enfermera, así como diferentes artículos destinados a la organización y estructura de los Colegios de Enfermería. Esto vendrá ampliado con la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias 44/2003 (71) que establecerá las competencias y ámbito de actuación de la profesión, equiparándola a nivel profesional y jurídico con otras profesiones sanitarias de mismo nivel, y resaltando su identidad propia con respecto a otras profesiones (37). Posteriormente el Real Decreto 450/2005 (72) instaurará las Especialidades de Enfermería, promoviendo una mayor eficiencia en la actuación y en la provisión de cuidados de las enfermeras.

Un nuevo hito en la historia de la Enfermería española es la promulgación del Real Decreto de 1393/2007 (73), que supone la inclusión de la Enfermería como profesión de formación universitaria dentro del Plan Bolonia, dirigido a nivel Europeo. Este hecho supone el cambio de denominación de los estudios cursados por Grado en Enfermería, y los nuevos profesionales formados pasarán a llamarse Graduados en Enfermería. El plan de Estudios determinará a partir de este momento una formación de 4 años en lugar de los 3 que realizaban los DUE. Sin embargo, el hecho más importante enlazado a este evento es la posibilidad que supuso para la carrera académica enfermera, ya que desde ese momento era posible acceder a los estudios de máster, y alcanzar el máximo grado académico, el doctorado en Ciencias de la Enfermería. (37,45).

Ya en la última década, queda resaltar dos eventos que están configurando el actual proceder de la profesión enfermera, y dejan entrever cuáles pueden ser los puntos esenciales que pueden desarrollarse en un futuro próximo para la Enfermería. El primero de ellos se fundamenta en el Real Decreto 1093/2010 (74) que establece el Conjunto Mínimo de Datos de los Informes Clínicos, que establece la obligatoriedad de expresar según la terminología propia enfermera de los NANDA, NOC y NIC los cuidados prestados en la práctica clínica, como expresión de los juicios clínicos realizados para dicha provisión de cuidados (36).

Por último, el Real Decreto 1302/2018, modificación del Real Decreto 954/2015, *“regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros”* (75).

## CAPÍTULO 3. EL ESCENARIO PROFESIONAL: DÓNDE ESTAMOS Y HACIA DÓNDE VAMOS

### 3.1 LA SITUACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN LA SOCIEDAD DEL SIGLO XXI

El colectivo de profesionales enfermeros se ha erigido como una piedra angular indispensable dentro de la asistencia sanitaria a la población, de manera que no es posible concebir un sistema sanitario sin su participación e integración dentro del equipo asistencial. Sin embargo, son numerosos los aspectos que condicionan directamente su desempeño profesional de forma tanto positiva como negativa, y que han de tenerse en cuenta. Este sería el caso de la percepción que tienen tanto el propio colectivo enfermero, como la propia sociedad de la profesión.

Actualmente en España, las enfermeras conforman el grupo más numeroso dentro del cuerpo de profesionales sanitarios colegiados. Esto queda patente en los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (INE). En el año 2017, el número total de enfermeros colegiados en el territorio nacional era de 299.824, muy por encima del segundo grupo profesional más numeroso, el colectivo médico, que contaba con 253.796 integrantes. En el mismo documento se deriva también una relación de 5,58 enfermeros no jubilados por cada 1000 usuarios del sistema sanitario. Este valor se encuentra muy por debajo de las últimas medias europeas, ocupando en el año 2016, último dato disponible, el sexto puesto por la cola en relación al resto de países miembros (76,77)

Es sin duda reseñable la feminización de la sanidad española, en la que 13 de las 16 profesiones que analiza el documento tienen un mayor porcentaje de mujeres que de hombres entre sus integrantes. Este dato es especialmente relevante en la Enfermería, cuyo porcentaje de mujeres asciende al 84,3% del total, consolidándola como profesión predominantemente femenina (78).

La fehaciente preponderancia numérica del sexo femenino en la profesión enfermera parece ser un hecho del cual no se pronostican importantes cambios en un futuro cercano. Esto resulta evidente al analizar el estudio llevado a cabo por Albar y Sivianes (2015) en el Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla, en el que se destaca que de 50 estudiantes adscritos al primer curso de formación, tan solo 10 eran hombres (un 20%) mientras que las 40 restantes eran mujeres (un 80%). Unos resultados similares a los alcanzados en relación al cuarto curso de formación del mismo Departamento, y siendo estos muy parecidos a los datos globales derivados del INE. Por tanto, se entiende, que los futuros profesionales enfermeros, que se están formando actualmente en las universidades españolas, seguirán siendo mayoritariamente mujeres (7).



A partir del mismo estudio referenciado se deriva otra realidad que afecta de forma directa a la profesión y sobre todo a la percepción respecto a la misma. De los estudiantes de primer curso, menos de la mitad, concretamente el 44%, eligen como primera opción la carrera de Enfermería, ascendiendo hasta el 42% el porcentaje de alumnado cuya primera opción era la carrera de medicina. Si se relaciona con los resultados del cuarto curso, se observa un ligero incremento hasta el 47,1% de estudiantes que prefieren la Enfermería. De este dato deriva un problema evidente: la mayoría de las personas que comienzan a formarse en las universidades para ejercer como enfermeros no tienen como deseo principal ejercer la enfermería, sino que comienzan los estudios por la imposibilidad de cursar otras carreras, principalmente, medicina. Es imposible no identificar en este aspecto un importante déficit de consideración por la profesión entre los jóvenes, y a la larga una posible complicación a la hora de desarrollar una concepción colectiva en defensa sus intereses (7).

Por otro lado, uno de los aspectos que más ha repercutido, y que aún afecta a la figura profesional de las enfermeras son, sin duda alguna, los numerosos estereotipos que se han conformado alrededor de su imagen a lo largo de la historia. Así, como se desprende de algunos de los artículos referenciados, en los años 80 una serie de estudios realizados por Philip y Beatrice Kalisch identificaban hasta 6 percepciones distintas, aplicados a la imagen de la enfermera, dependiendo del periodo histórico estudiado. Estas iban de la enfermera como ángel misericordioso (1854-1919), como heroína (años 1930-1945), como objeto sexual (1960-1982), hasta la enfermera como profesional adecuadamente cualificado. Posteriormente, en 1990 un estudio llevado a cabo por Jacqueline Bridges identificaba 34 estereotipos diferentes atribuidos a la figura de la enfermera, de los cuales la mayoría tenía una connotación negativa (9).

En relación a lo expuesto anteriormente, Ben Natan y Becker (2010) identificaron una importante relación entre la imagen social de las enfermeras y la elección de la carrera de Enfermería por los jóvenes estudiantes, aumentando la probabilidad de dicha elección cuanto más positiva era la imagen social de estas profesionales. Este mismo estudio establecía que se percibe a la Enfermería como una profesión cuyas posibilidades de desarrollo de carrera profesional son escasas (9).

Alrededor de la Enfermería se produce una importante dicotomía. Según un barómetro realizado en 2013 por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), de una lista de 12 profesiones distintas, se colocaba como la segunda profesión mejor valorada por los usuarios encuestados, obteniendo una media de 7,96 puntos. Sin embargo, al preguntar a estas mismas personas sobre cuál recomendaría a un familiar o amigo, la realidad cambia completamente, colocándola en la quinta posición por la cola (79,80).

Lo cierto es que la percepción social de la Enfermería está determinada en gran medida por los antecedentes históricos que han marcado su conformación, y que en el caso de España han sido descritos anteriormente. No obstante, no es posible desmarcar de esta percepción la interacción de la profesión con el sistema de asistencia a los usuarios, y con cómo estos, el resto de profesionales y los propios enfermeros interactúan con la disciplina enfermera.

Actualmente, la asistencia sanitaria está fundamentada en el modelo biomédico, en el que predomina la visión enfocada hacia la enfermedad como ente determinado e independiente del sujeto afectado, sugiriendo una división anatómica del mismo y una progresiva especialización por sistemas u órganos. En este modelo, apoyado por la organización capitalista del trabajo, se refuerza la figura del médico como ente visible y coordinador de la asistencia, confiriéndole como sujeto poseedor del conocimiento sobre la salud y el tratamiento de la enfermedad. Esto, hace que se conforme como principal participante en la recuperación de la salud del usuario, y traslada a menudo a otros profesionales, entre ellas las enfermeras, a un segundo plano (81).

La concepción de la asistencia sanitaria bajo este modelo afecta directamente a la actividad profesional de las enfermeras. Este, al dirigirse esencialmente al tratamiento de la enfermedad, reduce y redirige la actuación enfermera, a menudo conformándose en este contexto como un profesional supeditado a las necesidades y competencias médicas, cuyo fin es el apoyo a de estos profesionales, y sin los cuales su existencia carecería de sentido propio. Además, provoca que a menudo la enfermera se enfoque en aspectos alejados de su marco propio de actuación para poder adecuarse a las exigencias del sistema (32).

Las competencias profesionales específicas de las enfermeras suelen disolverse dentro de este modelo asistencial descrito. La actual organización del trabajo, sobre todo a nivel hospitalario, hace que las enfermeras tengan que alejarse del eje principal de su ser profesional, el cuidado del usuario, en pos de la realización de actividades que a priori no se conforman como competencias específicas de su profesión. Es el caso, por ejemplo, de las numerosas funciones administrativas que habitualmente desempeñan las enfermeras durante su jornada laboral, que obligan a la enfermera a ocupar tiempo entre papeles y ordenadores, en lugar de emplearlo plenamente junto al usuario con necesidades de cuidado (11,30,82).

Esta dinámica general enfatiza la idea de que las instituciones sanitarias se alejan de la dimensión humana de los usuarios, enfocándose en la parte biológica. Esto entra en contradicción con una de las bases de la Enfermería, como es la visión humanística y holística, percibiendo y trabajando las necesidades de la persona y de sus allegados. En este marco, acciones como la comunicación efectiva, la atención plena al usuario y el interés por las necesidades más allá de la enfermedad, quedan relegadas o son prácticamente invisibles en comparación a las actividades más técnicas (11).

Sin embargo, esto contradice la realidad plasmada por los usuarios a quienes no solo les satisfacen los aspectos técnicos y metodológicos, sino que valoran altamente las relaciones interpersonales que se establecen entre ellos y el profesional. Así lo manifiestan cuando sienten que las enfermeras se muestran cercanas, amables y accesibles a la hora de expresar sus necesidades, valorando de forma especial la atención dirigida hacia sus familiares, lo que aumenta la percepción de un cuidado individualizado. De hecho, algunos de estos aspectos relacionales, como el enfoque hacia el bienestar, la intimidad, la confianza y la seguridad son algunos de los aspectos más valorados (11, 83). Se produce en este contexto una tensión entre el sistema asistencial, las preferencias de los usuarios, la práctica y la formación de los profesionales enfermeros (84).

Son numerosas las barreras que las enfermeras encuentran a la hora de realizar las intervenciones acordes a su formación y competencias. Entre las destacadas, se identifican la falta de tiempo, muy relacionado con las deficientes ratios enfermera-paciente en nuestro país, que aumentan la sobrecarga laboral e impiden la atención continua e individualizada que los pacientes demandan. Pero también sobresalen la falta de apoyo y reconocimiento de los usuarios y del equipo profesional destacando, además, como ya se ha especificado anteriormente, el gasto de tiempo y energías en actividades burocráticas que no forman parte de las competencias específicas de la enfermería (4,30,84).

La suma de los aspectos anteriormente descritos es en gran medida causante de uno de los condicionantes más relevantes para la profesión enfermera: la invisibilidad de su contribución en el cuidado y recuperación de los usuarios. La dispersión de su actividad en detrimento del cuidado directo individualizado, sumada a la prevalencia de la figura del médico, supone una indeterminación en la imagen de la enfermera. Según Gloria Margarita Alcaraz y coautores, los pacientes y las familias no identifican claramente quien es el encargado de su cuidado en las instituciones sanitarias, lo que significa que no identifican al enfermero, favoreciendo la falta de reconocimiento social de la profesión (30).

La situación descrita puede provocar insatisfacción entre las propias enfermeras en los hospitales, lo que identifican como la incoherencia entre lo que deberían hacer según su nivel de formación, y la realidad que se describe en sus puestos de trabajo. Aparece de esta forma el término “angustia moral” (moral distress), descrito en 1980 como el *“sufrimiento que resulta de la incoherencia entre las acciones de los trabajadores y sus convicciones personales”* (85,86). Esta se produce cuando el profesional conoce perfectamente qué es lo correcto, qué se debería hacer, pero la situación o el entorno no le permiten llevar a cabo la acción (85,86).

En este punto, y derivado de lo anterior, aparecen algunas problemáticas que afectan al desarrollo profesional y a la salud de las enfermeras. Quizá el más extendido sea el denominado *burnout*, término con el cual se hace referencia, según la psicóloga Cristina Maslach, a *“una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño profesional”* (87). Este problema tiene una relación directa con un desequilibrio psicológico al entrar en contraposición los principios éticos y profesionales con los obstáculos institucionales o sociales, es decir, tiene una gran relación con la angustia moral (88).

Todos estos aspectos se engloban en una situación que describe una realidad completamente distinta, ya que queda más que demostrado, que la actuación enfermera repercute de manera directa en los resultados de salud de los usuarios. Estudios como el llevado a cabo en Bélgica por Van den Heede determinan un importante descenso de la mortalidad de los pacientes después de una cirugía cardíaca, cuando eran tratados por enfermeras con menor número de usuarios a su cargo y cuando había una mayor proporción de enfermeras universitarias. De la misma forma, una investigación realizada por Swiss, determinaba una mayor mortalidad en caso de ambientes inadecuados para el desarrollo de la actividad enfermera. Por tanto, se percibe como obvia la importancia que la formación, las condiciones laborales y el entorno profesional tienen sobre las enfermeras y en los resultados de salud obtenidos por los usuarios (89).

### 3.2. QUÉ METAS PROPONERNOS Y CÓMO ALCANZARLAS

Uno de los aspectos más presentes en el debate sobre la situación de la Enfermería pasa por el discurso sobre el profesionalismo. Según Richard Hall (1968) la naturaleza de una profesión gira en torno a lo que él mismo denominó el modelo profesional. Esto tendría un importante componente actitudinal, y se fundamentaría en el equilibrio en la obtención de beneficios psicológicos además de los económicos. Más tarde, Barbara Miller (1993) desarrollaría un modelo de profesional específico para enfermería, y establecería 9 subgrupos definitorios de la misma: la educación, publicación, investigación, participación en organizaciones profesionales, servicio comunitario, calificación y formación continua, códigos de enfermería, teoría y autonomía. Estos mismos podrían a su vez considerarse los fundamentos básicos a tener en cuenta y trabajar para asegurar el desarrollo de la Enfermería (90).

En vista de la obtención del adecuado reconocimiento profesional, se requiere actuar sobre el aspecto social, pero sin duda, se debe fomentar el conocimiento y valoración del resto de profesionales sanitarios, proyectando la imagen de una disciplina intelectual, con conocimientos propios y ámbitos de actuación específicos. Debemos escapar de esa imagen tan anclada de profesión auxiliar dependiente de la actividad médica, y proyectar aquellos aspectos profesionales que fundamentan nuestra actividad autónoma en colaboración con otras profesiones (8).

Durante gran parte de su historia, la profesión enfermera ha actuado sin basarse en evidencias científicas específicas y propias, desenvolviéndose principalmente a través de la tradición y el aprendizaje práctico. Sin duda, este aspecto aún afecta enormemente a su estatus social y profesional. Sin embargo, en la actualidad, conformándose como disciplina científica, y teniendo por tanto un campo específico de conocimiento y actuación, no cabe sino la opción de fomentar el continuo desarrollo intelectual e investigador de la misma. Esto permitirá la mejora constante de su actividad y del servicio prestado a los ciudadanos, asegurando la máxima fidelidad a la evidencia científica (10).

En este sentido es esencial fomentar que la actividad profesional de las enfermeras se base en la denominada Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), que fue definida en el año 2000 por Ingersoll como *“el consciente, explícito y juicioso uso de la teoría, llevando a cabo una búsqueda de información específica para tomar decisiones sobre el cuidado de los individuos y grupos de pacientes atendiendo a sus necesidades individuales y sus preferencias”* (10).

Al llevar a cabo la actividad profesional según la EBE, se garantiza que el cuidado realizado se fundamenta en los últimos hallazgos y principios proporcionados por las investigaciones científicas llevadas a cabo en el campo, dentro de la disciplina científica enfermera, y además, permite intervenciones más personalizadas en relación al usuario. Además, trabajar con EBE permite escapar de la percepción de la enfermería como profesión basada en la práctica sin fundamento teórico y permite presentarse ante la sociedad y los profesionales como disciplina científica plenamente asentada, además de fomentar la autonomía profesional y la satisfacción personal. No obstante, es importante que esta evidencia desarrollada por las enfermeras se base en todos los aspectos de su disciplina, incluyendo el aspecto ético e interpersonal, y no caiga en el error de basarse solo en aspectos puramente clínicos (10).

Como principio fundamental y a nivel legal, se suele decir que todo aquello perteneciente a la actividad profesional y que no está escrito y debidamente registrado, no existe o no se ha realizado. Por ello, resulta imprescindible que para cuantificar y poder valorar debidamente la aportación enfermera se registren todos y cada uno los procedimientos e intervenciones realizadas diariamente. Sin embargo, ya hemos hablado de la dificultad actual de cuantificar y describir muchas de estas, principalmente las relacionadas con el ámbito relacional y emocional. Akinsaya (2005) determinaba que cada ciencia posee sus propios términos que fundamentan el desarrollo de su base de conocimientos. Debido a esto, se presenta necesario desarrollar un lenguaje específico y con fundamento científico para la profesión enfermera, que permita describir la realización y repercusión de algunas actividades que a día de hoy encuentran dificultosa su descripción con los actuales términos y herramientas disponibles (91).

De la mano de lo dicho anteriormente, algunas autoras como Tronto hacen hincapié en la necesidad de la creación de indicadores sensibles que permitan medir la práctica enfermera y sus resultados, especialmente en relación con los aspectos relacionales, psicológicos e interpersonales de la misma (88). Actualmente, muchas enfermeras muestran su disconformidad con algunos de los sistemas de medición de cuidados, que en muchos casos se limitan a la selección de diversas casillas en los sistemas informáticos, que teóricamente corroboran de forma cuantitativa la realización de las distintas intervenciones. Sin embargo, estos sistemas son ineficaces y no permiten la auténtica medida de la calidad y repercusión de los cuidados realizados, además de obviar en muchos casos la labor psicoafectiva (10).

En esta dirección, se configura como un aspecto importante a desarrollar la creación de escalas específicas que permitan cuantificar el nivel de cuidados requeridos por el usuario, cómo se proporcionan, y sus consecuentes resultados de salud. Además, estas escalas permiten disminuir el grado de variabilidad clínica entre profesionales e instituciones sanitarias, garantizando una actividad profesional basada en la evidencia científica y con un enfoque colectivo como profesión (12).

La adopción de un Modelo de Práctica Profesional (PPM) permite la organización de las actividades enfermeras en la asistencia a los usuarios, determina los roles de los profesionales, y guía la actividad hacia la excelencia y los resultados positivos. Esto permitiría la adscripción de todas las enfermeras de una institución a unos mismos principios y fundamentos de su actividad, así como a unos mismos principios en la provisión de cuidados. Además, proporcionan una gran mejoría en el ambiente de trabajo, fomentando la positiva percepción profesional de las enfermeras, con impresiones de mayor autonomía, empoderamiento, y mayor control de la propia unidad. Algunos estudios que valoran los resultados obtenidos tras la implementación de un PPM (Upenieks et al., 2008) determinan mejores resultados y mejores climas de trabajo en sus unidades (92).

Otro aspecto importante a trabajar está relacionado con la sobrecarga laboral de las enfermeras. Esto además de comprometer su integridad psicológica, es potencialmente una fuente de errores, los cuales al exponerse ante la sociedad suponen un grave daño a la imagen enfermera. Una mayor cantidad de usuarios al cargo de una enfermera provoca inevitablemente una reducción de la calidad y personalización de los cuidados que esta puede proporcionar. De hecho, un estudio publicado por Linda Aiken y colaboradores en 2014 determinó que el aumento de un paciente en la carga de trabajo de las enfermeras aumentaba en un 7% la probabilidad de muerte de un paciente hospitalizado en 30 días. Es por esto que se hace patente la necesidad de establecer unas ratios enfermera-paciente adecuados para proporcionar los cuidados necesarios, y obtener los mejores resultados con los menores errores (8,10,89).

Es de obligada la reflexión en este punto sobre el concepto de Hospital Magnético. Se define así, aquel en el que la organización se estructura de forma accesible, con un sistema descentralizado en la toma de decisiones, y donde se fomenta el adecuado empoderamiento de los profesionales. En él, se establece la excelencia en los resultados de salud de los usuarios, se refiere una excelente satisfacción laboral por parte de las enfermeras, y un bajo porcentaje de “burnout” y abandono profesional. Está también relacionado con una menor sobrecarga laboral para las enfermeras, con menor ratio enfermera-paciente. Estos hospitales no resaltan solo por estas buenas condiciones de trabajo para los profesionales enfermeros, sino que además evidencian menores tasas de mortalidad en 30 días (1,5% de mortalidad tras cirugía, 3,8% de mortalidad en usuarios postquirúrgicos con complicaciones) que los hospitales no-magnéticos (1,8% de mortalidad tras cirugía y 4,6% de mortalidad en usuarios postquirúrgicos con complicaciones). Esta realidad, obviamente se debe entender en una situación diferenciada como es un país como Estados Unidos, con mayoría en hospitales privados, y exigencia de unos estándares legales y de calidad muy específicos. Sin embargo, no debemos obviar que el traslado de algunas de estas características a nuestros hospitales sería de gran interés (93).

Se debe remarcar la influencia que tienen los medios de comunicación en la conformación de la imagen profesional y en la actitud de los usuarios hacia las enfermeras. En muchas ocasiones, las únicas alusiones al colectivo que pueden apreciarse en medios como la televisión, se producen a raíz de errores o negligencias, lo que alimenta una visión negativa y poco profesional del colectivo. Por el contrario, es inusual ver la figura de las enfermeras hablando sobre la situación del sistema sanitario, su aportación a la salud, y sobre todo, es asombrosa su invisibilidad mediática en caso de acierto asistencial del sistema sanitario.

En el caso del estudio llevado a cabo por Buresh, Gordon y Bell (1991) se estableció que tan solo en un 10% de las noticias de ámbito sanitario se habla de la figura enfermera, y en la mayoría de los casos es con connotaciones negativas (80).

Otro estudio de Buresh y Gordon (2013), que intentaba fomentar el interés de los periodistas en materias con amplia actuación enfermera o en aspectos relacionados con su historia y fundamentos, descubrieron que las propias enfermeras evitaban responder a los periodistas, incluso si les preguntaban sobre aspectos que controlasen, relacionados con su práctica diaria, y acababan derivando las entrevistas a otros profesionales que pudiesen estar más interesados en responder. Por ello, es necesario que las enfermeras reafirmen su identidad a través de los medios de comunicación de masas (televisión, internet, nuevas redes sociales) con el fin de dar a conocer la verdadera actividad y conocimientos de los profesionales de enfermería. De esta forma se podrá combatir su falta de “marketing”, ya que si estas no dan a conocer su propia actividad adoptándose a los tiempos modernos, serán otros los encargados de conformar esta imagen (8,9,80).

La formación y la educación se constituyen como elementos clave dentro del desarrollo profesional y reconocimiento de la Enfermería. En esta línea resulta necesario fomentar una educación en las universidades que refuerce los valores y fundamentos de la enfermería, formando profesionales conocedores de su Historia, de sus competencias y de los rasgos que los conforman como figuras sanitarias indispensables. Deben convertirse en partícipes del desarrollo profesional individual y colectivo, escapando de los estereotipos. Igualmente, en este sentido sería de interés promover el conocimiento sobre la profesión en los institutos y alumnado de bachillerato, ya que a menudo la opción profesional que brinda la Enfermería es desconocida y poco valorada para los mismos en favor de otras opciones académicas (7).

Se debe resaltar además el gran papel en la visibilización de la enfermería que han supuesto algunos puestos específicos, y que podrían suponer otros en un futuro. Es el caso de la Enfermería de Atención Primaria con sus consultas individuales con la enfermera de referencia, o la actividad realizada en el ámbito de los cuidados domiciliarios, la cual permitió una asistencia más personalizada, y supuso la base de la actividad comunitaria de la disciplina. Sin embargo, otras figuras a desarrollar, que empiezan a ser impulsadas de manera importante por ciertos sectores, podrían ampliar de manera notoria esta actuación comunitaria de la Enfermería, siendo entre ellas remarcable la figura de la enfermera escolar como elemento de educación, promoción y asistencia a la salud de los niños y la gente que les rodea (familiares, profesores...) (94,95). No debemos olvidar además la importancia que puede tener la presencia de enfermeras en puestos de gestión y toma de decisiones, como es el caso de puestos administrativos del sistema sanitario y cargos políticos a nivel regional y estatal.

Los aspectos desarrollados en este apartado guardan entre ellos un elemento en común, sin el cual previsiblemente no se podrían llevar a cabo. Este es, por supuesto, la necesidad de agrupación y colaboración colectiva entre todos los profesionales enfermeros, tanto a nivel nacional como internacional. Pese a que existen muchas agrupaciones profesionales de Enfermería en el mundo, las tasas de participación de los enfermeros en ellas son muy bajas. Este aspecto debe cambiar hacia una acción conjunta del colectivo, para actuar de manera unida con unos fines establecidos y consensuados. Solo de forma colectiva pueden defenderse los principios de la Enfermería, avanzar hacia el desarrollo de la disciplina, y reforzar los logros ya alcanzados (85,95).



## CONCLUSIÓN

El arte de cuidar a otras personas ha existido siempre, ya que es intrínseco a la naturaleza humana, y sin él, no podríamos considerarnos como tal. En diversos momentos de nuestra vida, todos necesitamos de los cuidados de alguien, desde el nacimiento, cuando aún no hemos adquirido las capacidades básicas de supervivencia, hasta la vejez, cuando éstas poco a poco, van deteriorándose.

Como aspecto básico de la dimensión humana, a lo largo de la historia de la humanidad ha despertado las inquietudes de muchos pensadores e intelectuales, que han intentado esclarecer en qué consiste, cómo se establece, y cómo influye en nuestras vidas. Cuanto menos, es un tema complicado, ya que el proceso de cuidado es complejo, difícilmente tangible, modificable según el contexto sociocultural, y con una enorme carga subjetiva, haciendo de este una experiencia única y personal para cada persona.

Durante este proceso, se establece una relación entre la persona más vulnerable, con necesidades de cuidado, y la persona proveedora de los mismos. Esta va más allá del simple encuentro terapéutico, estableciendo un vínculo persona-persona, en el que se exponen los sentimientos, los miedos, las inseguridades y los valores de cada uno. Así, la repercusión es doble, en las dos direcciones, creándose un entorno de desarrollo mutuo. Una vez satisfechas sus carencias físicas o psicológicas, y la otra, puede desarrollarse como persona, e incluso satisfacer algunas de sus propias necesidades.

La Enfermería surge como respuesta directa a este proceso, englobando a personas que a través de un proceso de formación académica y en valores, son capaces de trabajar de manera efectiva un concepto tan complejo como es el cuidado de la sociedad.

Y es que, para ejercer como enfermero, no basta realizar con pericia las ya más que conocidas técnicas englobadas, en su mayoría, dentro de los procesos diagnóstico-terapéuticos. No, el cuidado de una persona requiere de mucho más. Es necesario tener grandes habilidades interpersonales que permitan entablar una relación terapéutica basada en la escucha, la confianza y el respeto. Ser capaz de entender la situación de la persona que se encuentra delante, de forma sincera, comprendiendo su dimensión humana de forma integral, teniendo la capacidad de reconducir situaciones a menudo complicadas hacia direcciones más convenientes. A lo que hay que añadir la importancia de adquirir la capacidad de actuar de acuerdo a los últimos conocimientos basados en la investigación y la evidencia científica, de la forma más eficiente posible. Y por supuesto, requiere realizar todo esto priorizando la salvaguarda de los derechos básicos de las personas asistidas, demostrando la comprensión y adquisición de los valores profesionales, que deben ser inherentes a todo profesional enfermero.

La defensa de la humanización del cuidado debe ser un elemento clave en el desempeño profesional, al igual que un hecho exigible a los sistemas sanitarios. Si nos acogemos al metaparadigma enfermero, no hay excusa posible que pueda alejarnos del punto de vista holístico hacia la persona, apartándonos de la concepción biomédica del ser humano. A veces, puede dar la sensación de que pretendemos aferrarnos a un modelo que no nos corresponde y que no se adecúa a las intervenciones que debemos realizar. Entonces, cabría reflexionar sobre la necesidad de establecer nuevos preceptos y modelos que permitan desarrollar nuestra actividad atendiendo a la persona como ser integral.

Por ello, debemos preguntarnos cómo es posible qué a día de hoy, cuando los derechos individuales de la persona están más que establecidos, y cuando parece evidente que la asistencia y el cuidado a los ciudadanos se deben realizar con la máxima del respeto, la dignidad y la igualdad, aún tengamos que reflexionar sobre la humanización de los servicios sanitarios. En este proceso, la figura de la enfermera debe ser un elemento clave y representativo.

No cabe duda de que la complejidad del ámbito de actuación básico de la Enfermería ha podido ser un punto clave en su difícil camino hacia el reconocimiento profesional. No obstante, múltiples son los aspectos que lo han condicionado. Entre ellos, su posición durante tanto tiempo como profesión auxiliar y dependiente de los profesionales médicos, que ha dificultado la adquisición de un campo propio de conocimientos, así como ha supuesto una sombra permanente al desempeño y aportación enfermeros.

También la predominancia histórica del género femenino en la profesión, que aún hoy en día se perpetúa fuertemente, ha sido un importante condicionante. De todos es sabido que la figura de la mujer en la sociedad ha estado siempre muy marcada por la dependencia directa hacia el hombre, siendo esta condición indirecta del bajo reconocimiento que la Enfermería ha recibido durante mucho tiempo, como profesión secundaria y de menor importancia que otras profesiones con predominancia masculina.

Largo y abrupto ha sido el desarrollo de la Enfermería en España, condicionado por los aspectos ya remarcados, y por tantos otros. Numerosas denominaciones distintas, subgrupos profesionales que se unen y se vuelven a separar, la influencia de ciertas creencias sociales, acontecimientos tan remarcables como la Guerra Civil, y movilizaciones masivas en favor de la entrada en la Universidad. Todo ello ha desembocado en la profesión que conocemos hoy en día, con formación universitaria, la posibilidad de acceder a los más altos niveles académicos (como es el doctorado), unido a la investigación, la adhesión a la evidencia científica creciente, la posibilidad de especialización en ciertas áreas, y nuevos horizontes en ciernes.

Se han alcanzado grandes metas en este difícil camino, y ahora, con la mirada siempre fija hacia delante, es muy necesario atender a la consolidación de lo ya alcanzado, sin dar pie a retrocesos o pérdidas competenciales, y reivindicando qué es lo que hacemos, por qué nuestra actividad es indefectible, y trabajar en pos del reconocimiento social y profesional que la disciplina merece.

En este sentido, hay muchos campos sobre los que trabajar. Uno de ellos, quizá de los más importantes, pasa por garantizar entornos adecuados de trabajo para las enfermeras, en los que puedan desarrollar de la forma más eficiente posible su actividad profesional. Una actividad, que necesita de herramientas y sistemas de registro adecuados a la realidad enfermera, que permitan plasmar de forma adecuada todas las intervenciones realizadas en su día a día por las enfermeras, incluyendo tanto aquellas técnicas más tangibles, como aquellas intervenciones más psicosociales, que resultan difícilmente plasmables.

La formación universitaria adquiere en este sentido una posición clave. Los años de enseñanza deben servir de base para futuros profesionales implicados con su profesión, con una visión clara hacia una Enfermería plena e independiente, que no condicione su actividad bajo la sombra del colectivo médico, sino que actúe en coordinación con este, que conozca sus competencias y aptitudes y las ejerza con orgullo, siendo conscientes de que el trabajo realizado por una enfermera/o es esencial, único e imprescindible, y así se lo trasmita a los usuarios a los que asista.



Es necesario resaltar durante los años académicos las prioridades que han de guiar la actividad profesional y los valores que deben regir sus actuaciones. Ser capaces de conducir al ser humano al centro del conocimiento y de la actuación enfermera. Preparar mentalmente a los futuros profesionales para enfrentarse a situaciones emocionalmente duras, producto de las relaciones de persona a persona, en vistas de evitar la exposición a eventos que parecen tener un importante arraigo en nuestra profesión, como el síndrome del “burnout”.

Esencialmente, es importante reconocer de dónde venimos y los cambios que han acontecido, para poder proyectar una visión de futuro sabiendo a dónde queremos llegar. Con ello, se debe reflexionar de una manera más profunda qué somos, qué hacemos, y por qué somos y seremos imprescindibles. Con todo ello, se trata de promover una conciencia colectiva y unificada como grupo profesional enfermero, que nos permita dirigirnos con paso firme y sin vacilar hacia un futuro en el que las enfermeras puedan realizar su actividad dentro de un modelo ajustado a su esencia, de forma eficaz y con el pleno reconocimiento social y profesional que merecen.

Sin duda, hemos recorrido un largo camino lleno obstáculos en nuestro desarrollo profesional. Ahora, ha llegado el momento de demostrar que somos indispensables, y que en este camino, ya no hay retorno.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ramos Guajardo S, Ceballos Vasquez P. Cuidado humanizado y riesgos psicosociales: una relación percibida por profesionales de enfermería en Chile. *Enfermería (Montevideo)* [Internet]. 2018 [consultado 07 Ene 2019]; 7(1): 3-16. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2393-66062018000100003](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062018000100003)
2. Correa Zambrano ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Rev Cuid* [Internet]. 2016 [consultado 26 Ene 2019]; 7(1): 1227-31. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v7n1/v7n1a11.pdf>
3. Germán Bes C, Hueso Navarro F, Huércanos Esparza I. La relación entre globalización y salud y el reto de cuidar. En: Waldow VR, coordinadora. *Cuidado de Enfermería: reflexiones entre dos orillas*. 1ª ed. Granada: Fundación Index; 2014. p. 75-93.
4. Llanes G, Bejarano D, Márquez LM, Ponce C, Martínez RM. La humanización de la atención de enfermería en salud laboral. *Revista Enfermería del Trabajo* [Internet]. 2018 [consultado 21 Ene 2019]; 8(1). 18-26. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6536488>
5. Espinosa Aranzales A, Enríquez Guerrero C, Leiva Aranzalez F, López Arévalo M, Castañeda Rodríguez L. Construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado en Enfermería. *Cienc Enferm* [Internet]. 2015 [consultado 26 Ene 2019]; 21(2): 39-49. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532015000200005](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000200005)
6. Meira de Melo CM, Cunha Florentino T, Batista Mascarenhas N, Santos Macedo K, Costa da Silva M, Novaes Mascarenhas S. Autonomia profissional da enfermeira: algumas reflexões. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 [consultado 21 Ene 2019]; 20(4). Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000400601&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000400601&script=sci_abstract&lng=pt)
7. Albar MJ, Sivianes-Fernandez M. Percepción de la identidad profesional de la enfermería en el alumnado del grado. *Enferm Clin* [Internet]. 2015 [consultado 07 Ene 2019]; 26(3): 194-198. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862115001722>
8. Iturriet Avila L, Silva da Silveira R, Lerch Lunardi V, Farias Machado Fernandes G, Rolim Mancia J, Teixeira da Silverira J. Implications of the visibility of professional nursing practices. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2013 [consultado 07 Ene 2019]; 34(3): 102-9. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000300013&script=sci\\_arttext&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000300013&script=sci_arttext&lng=en)
9. Ten Hoeve Y, Jansen G, Roodbol P. The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *J Adv Nurs* [Internet]. 2014 [consultado 17 Ene 2019]; 70(2): 295-309. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.12177>

10. Seguí González P, Pericàs Beltran J (dir), de Pedro Gómez J (dir), Bennasar Veny M. Factores que influyen en la transferencia de evidencia científica a la práctica clínica de enfermeras en atención hospitalaria [tesis doctoral en Internet]. [Islas Baleares]: Universitat de les Illes Balears; 2014 [consultado 07 Ene 2019]. Disponible en: <http://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/2692>
11. Lopera-Arango AM. Caring for patients without being with them: invisibility of nursing care in hospitalization services. Invest educ enferm [Internet]. 2018 [consultado 26 Feb 2019]; 36(3). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072018000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072018000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
12. Garrido Bartolomé A, de la Presentación Blasco C (dir), Navarro Illana P (dir). Diseño de una escala para medir niveles de cuidados [tesis doctoral en Internet]. [Valencia]: Universidad Católica de Valencia; 2015 [consultado 07 Ene 2019]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=117983>
13. Domínguez Alcón C, Kohlen H, Tronto J. El futuro del cuidado: comprensión de la ética del cuidado y práctica enfermera. 1ª ed. Barcelona: Col.legi oficial infermeres i infermers Barcelona; 2018. 73 p.
14. Real Academia Española [RAE] (2016). rae.es. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=BblVWJS>
15. Moreno Fergusson ME. Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería. Aquichán [Internet]. 2013 [consultado 13 Mar 2019]; 13(2). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3515/3183>
16. Torralba Roselló F. El valor del cuidar a lo largo de la historia. En: Híades. Revista de Historia de la Enfermería. La influencia de la historia en la construcción del pensamiento enfermero. Vol 11. 2ª ed. Sevilla: Qalat Chábir, A.C.;2015:45-54.
17. Badillo Zúñiga J, Hernández Morales AR, Bermúdez González A. La historia de enfermería: trascendencia del fenómeno cuidado y su relación con el tiempo. Cul Cuid [Internet]. 2013 [consultado 22 Feb 2019]; 17(36): 11-18. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/30118>
18. Salcedo Álvarez RA, Huerta González S, Bustamante Edquén S. Enfermería: la Némesis de la ciencia y filosofía del cuidado. Enf Neurol [Internet]. 2013 [consultado 25 Feb 2019]; 12(2): 98-101. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=46740>
19. Alba Martín R. El concepto de cuidado a lo largo de la Historia. Cultura de los Cuidados [Internet]. 2015 [consultado 07 Mar 2019]; 19(41): 101-105. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.12>
20. Vázquez Rodríguez Y, Díaz Oquendo Y. Conducta ética en el cuidado de enfermería brindado a pacientes con afecciones nefrológicas. Rev Cub Urol [Internet]. 2016 [consultado 07 Ene 2019]; 5(1): 39-52. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=69518>

21. Peña Pita AP, Pérez Giraldo B. Aplicación de la teoría de Peplau en pacientes con diabetes hospitalizados. Rev Cienc Cuidad [Internet]. 2016 [consultado 12 Mar 2019]; 13(2): 41-57. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/762#statistics>
22. Quiala M. Enfermería, formación en valores. Bioética [Internet]. 2013 [consultado 07 Mar 2019]; 13(1): 20-25. Disponible en: <http://www.cbioetica.org/revista/131/131-2025.pdf>
23. Henderson V. Principios básicos de los cuidados de Enfermería. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 1971.
24. Gómez Torres D, Hernández Cortés GG, González Santana A. Proceso de enfermería como constructor de autonomía profesional. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2016 [consultado 21 Ene 2019]; 24(3): 183-9. Disponible en: [http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista\\_enfermeria/article/view/34](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/34)
25. Mora Guillart L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Revista Cubana de Oftalmología [Internet]. 2015 [consultado 15 Mar 2019]; 28(2): 228-233. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=61154>
26. Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del CIE para la profesión de Enfermería. Ginebra. 2012. Disponible en: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012\\_ICN\\_Codeofethicsfornurses\\_%20sp.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20sp.pdf)
27. Organización Colegial de Enfermería. Código Deontológico de la Enfermería Española. 1989. Disponible en: [https://www.colegioenfermeriamalaga.com/documentos/vu/Codigo\\_Deontologico.pdf](https://www.colegioenfermeriamalaga.com/documentos/vu/Codigo_Deontologico.pdf)
28. Domínguez Alcón C. Lo esencial del cuidar: qué debería preocuparnos hacia el año 2050. Index Enfermería [Internet]. 2018 [consultado 19 Mar 2019]; 27(4): 185-7. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ie/e32058>
29. Costa Abós S. La humanización de los procesos asistenciales hospitalarios y la atención al nacimiento. Musas. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad [Internet]. 2017 [consultado 21 Ene 2019]; 2(1): 1-2. Disponible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/17597>
30. Beltrán Salazar OA. The meaning of humanized nursing care for those participating in it: Importance of efforts of nurses and healthcare institutions. Invest Educ Enferm [Internet]. 2016 [consultado 12 Mar 2019]; 34(1). Disponible: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072016000100003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072016000100003)
31. Izquierdo Machín E. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2015 [consultado 31 Mar 2019]; 31(3). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/686>

32. Beltrán Salazar OA. Humanized care: A relationship of familiarity and affectivity. Invest Educ Enferm [Internet]. 2015 [consultado 25 Mar 2019]; 33(1): 17-27. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072015000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
33. Gómez Cantarino S, Carroble García AM, Velasco Abellan M. Desarrollo en cuidados, sociedad y medicina: s XV a XVI. En: Fernández Fernández ML, García Martínez AC, García Martínez MJ, coordinadores. Un siglo cuidando a la sociedad. Centenario del reconocimiento oficial de la enfermería en España. 1ª ed. Santander: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria; 2015. p.553-7.
34. Domínguez Alcón C. Demandas sociales de salud a lo largo de la historia: motor de cambio de la praxis enfermera. En: Híades. Revista de Historia de la Enfermería. La influencia de la historia en la construcción del pensamiento enfermero. Vol. 11. 2ª ed. Sevilla: Qalat Chábir, A.C.; 2015. p.147-163
35. Amezcua M. 400 años de conocimiento enfermero: a propósito de la publicación de la Instrucción de Enfermeros de los Obregones. Index Enferm [Internet]. 2017 [consultado 07 Mar 2019];26(1-2):7-9. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962017000100002&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962017000100002&script=sci_arttext&tlng=en)
36. García García I, Gonzalbes Cravioto E. Surgimiento y desarrollo de la Historia de la Enfermería en España. Enferm Glob [Internet]. 2013 [consultado 09 Mar 2019]; 12(30). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000200015](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200015)
37. García Lecue M, Gómez Otí M, González del Corral N. Análisis de la evolución de la enfermería española, momentos significativos, de oficio a profesión. En: Fernández Fernández ML, García Martínez AC, García Martínez MJ, coordinadores. Un siglo cuidando a la sociedad. Centenario del reconocimiento oficial de la enfermería en España. 1ª ed. Santander: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria; 2015. p.243-7
38. Ley de Instrucción Pública, de 9 de septiembre de 1957. Gaceta de Madrid, núm. 1710, publicado el 10 de septiembre de 1957 [consultado 12 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1957/1710/A00001-00003.pdf>
39. Real Decreto, de 10 agosto de 1904. Gaceta de Madrid, núm. 225, publicado el 12 de agosto de 1904, página 529 [consultado 12 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1904/225/A00529-00529.pdf>
40. Real Orden, de 21 de noviembre de 1861, por el que se aprueba el reglamento para la enseñanza de Practicantes y Matronas. Gaceta de Madrid, núm. 332, publicado el 28 de noviembre de 1861 [consultado 12 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1861/332/A00001-00001.pdf>
41. Yoldi MT. Historia de la tramitación y consecución del título de enfermera oficial para toda España. En: Fernández Fernández ML, García Martínez AC, García Martínez MJ, coordinadores. Un siglo cuidando a la sociedad. Centenario del reconocimiento oficial de la enfermería en España. 1ª ed. Santander: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria; 2015. p.213-8.

42. Ley de Instrucción General de Sanidad Pública, de 12 de enero de 1904. Gaceta de Madrid, núm. 23, publicado el 23 de enero de 1904, páginas 290 a 295 [consultado 12 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1904/023/A00290-00295.pdf>
43. Centeno Brime J, Hernández Martín FJ. La enfermería en la prensa española de principios del siglo XX. En: Fernández Fernández ML, García Martínez AC, García Martínez MJ, coordinadores. Un siglo cuidando a la sociedad. Centenario del reconocimiento oficial de la enfermería en España. 1ª ed. Santander: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria; 2015. p.231-6.
44. Santo Tomás Pérez M. Antecedentes de la enfermería que contribuirán al reconocimiento legal de la profesión. En: Fernández Fernández ML, García Martínez AC, García Martínez MJ, coordinadores. Un siglo cuidando a la sociedad. Centenario del reconocimiento oficial de la enfermería en España. 1ª ed. Santander: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria; 2015. p.45-56.
45. Mompart MP. 100 años de enfermería en España. En: Fernández Fernández ML, García Martínez AC, García Martínez MJ, coordinadores. Un siglo cuidando a la sociedad. Centenario del reconocimiento oficial de la enfermería en España. 1ª ed. Santander: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria; 2015. p.77-87
46. Becerril Ramírez N, Germán Bes C, Martínez Santos Y. Las enfermeras (1915-1953): el reflejo en la prensa de su regulación docente y profesional. En: Fernández Fernández ML, García Martínez AC, García Martínez MJ, coordinadores. Un siglo cuidando a la sociedad. Centenario del reconocimiento oficial de la enfermería en España. 1ª ed. Santander: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria; 2015. p.203-8.
47. Barreno Pascual C. Historia de la primera escuela de enfermeras con programa oficial en España, 1915. En: Fernández Fernández ML, García Martínez AC, García Martínez MJ, coordinadores. Un siglo cuidando a la sociedad. Centenario del reconocimiento oficial de la enfermería en España. 1ª ed. Santander: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria; 2015. p.181-5.
48. Constitución de la República Española, de 9 de diciembre de 1931. Gaceta de Madrid, núm. 344, publicado el 10 de diciembre de 1931, páginas 1578 a 1588 [consultado 12 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1931/344/A01578-01588.pdf>
49. Martínez Zapata R, Luengo López J (dir). Las enfermeras en la guerra civil española: una profesión oscilante entre la maternidad moral y la maternidad social [trabajo final de máster en Internet]. [Castellón de la Plana]: Universidad Jaume I; 2013 [consultado 22 Feb 2019] Disponible en: [http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/77107/TFM\\_MartinezZapataR.pdf?sequence=1](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/77107/TFM_MartinezZapataR.pdf?sequence=1)
50. Gallego Arteaga I, Bonet Masdeu M, Pelleja Pellicer L et al. La visitadora sanitaria, precursora de la enfermera de salud pública y comunitaria. En: Híades. Revista de Historia de la Enfermería. La influencia de la historia en la construcción del pensamiento enfermero. Vol 11. 2ª ed. Sevilla: Qalat Chábir, A.C.; 2015. p.835-6.

51. Amezcua M, Gonzalez Iglesias ME. La creación del título de enfermera en España ¿cien años de una incoherencia histórica? Index Enferm [Internet]. 2015 [consultado 27 Feb 2019]; 24(1-2). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962015000100002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100002)
52. Monge Ortiz M. Cuidar en tiempos de Guerra Civil (1936-1939). En: Fernández Fernández ML, García Martínez AC, García Martínez MJ, coordinadores. Un siglo cuidando a la sociedad. Centenario del reconocimiento oficial de la enfermería en España. 1ª ed. Santander: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria; 2015. p.353-7
53. Who.int [Internet]. Ginebra: World Health Organization [consultado 30 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/>
54. Ley de Bases de Sanidad Nacional, de 25 de noviembre de 1944. Boletín Oficial del Estado, núm. 331, publicado el 26 de noviembre de 1944, páginas 8908 a 8936 [consultado 12 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1944/331/A08908-08936.pdf>
55. Orden Ministerial, de 26 de noviembre de 1945, por la que se aprueba el Reglamento y Estatutos provisionales del Consejo General de Auxiliares Sanitarios y de Colegios Provinciales, respectivamente, así como los Estatutos del Consejo de Previsión y Socorros Mutuos. Boletín Oficial del Estado, núm. 339, publicado el 5 de diciembre de 1945, páginas 3334 a 3343 [consultado 12 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1945/339/A03334-03343.pdf>
56. Ramos Santana S, Brito Brito PR, Sánchez Nicolas MF, Fernandez Gutiérrez DA. Percepción de los pacientes acerca de la profesión enfermera en atención primaria. Revista ENE de enfermería [Internet]. 2015 [consultado 15 Mar 2019]; 9(3). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2015000300018](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000300018)
57. López Vallecillo M. Formación de enfermeras en 1942. En: Híades. Revista de Historia de la Enfermería. La influencia de la historia en la construcción del pensamiento enfermero. Vol 11. 2ª ed. Sevilla: Qalat Chábir, A.C.; 2015. p.643-655
58. Cuevas Santos C. La enfermería ante los nuevos escenarios: el ejercicio de la práctica. En: Fernández Fernández ML, García Martínez AC, García Martínez MJ, coordinadores. Un siglo cuidando a la sociedad. Centenario del reconocimiento oficial de la enfermería en España. 1ª ed. Santander: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria; 2015. p.133-143.
59. Orden de 4 de julio de 1955 por la que se dictan normas para la nueva organización de los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios. Boletín Oficial del Estado, núm. 214, publicado el 2 de agosto de 1955, páginas 4751 a 4752 [consultado 12 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1955/214/A04751-04752.pdf>
60. Martínez Santos Y, Germán Bes C. Creación de las escuelas de ayudantes técnicos sanitarios en España (1953-1980). En: Fernández Fernández ML, García Martínez AC, García Martínez MJ, coordinadores. Un siglo cuidando a la sociedad. Centenario del reconocimiento oficial de la enfermería en España. 1ª ed. Santander: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria; 2015. p.359-364



61. Germán Bes C, Martínez Santos Y, Becerril Ramírez N. La convalidación de las enfermeras por ATS en 1978: el final de una marginación. En: Fernández Fernández ML, García Martínez AC, García Martínez MJ, coordinadores. Un siglo cuidando a la sociedad. Centenario del reconocimiento oficial de la enfermería en España. 1ª ed. Santander: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria; 2015. p.415-420
62. Decreto de 26 de julio de 1956 sobre el título de Ayudante Técnico Sanitario. Boletín Oficial del Estado, núm. 226, del 13 de agosto de 1956, página 5293 [consultado 12 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1956/226/A05293-05293.pdf>
63. Decreto 2319/1960, de 17 de noviembre, sobre el ejercicio profesional de Ayudantes Técnicos Sanitarios, Practicantes, Matronas y Enfermeras. Boletín Oficial del Estado, núm. 302, publicado el 17 de diciembre de 1960, página 17308 [consultado 12 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1960/12/17/pdfs/A17308-17308.pdf>
64. Domínguez Alcón C. Evolución del cuidado y profesión enfermera. 1ª ed. Barcelona: Ediciones San Juan de Dios; 2017.
65. Ley General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa, de 4 de agosto de 1970. Boletín Oficial del Estado, núm. 187, publicado el 6 de agosto de 1970, páginas 12525 a 12545 [consultado 16 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1970/08/06/pdfs/A12525-12546.pdf>
66. Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre la integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. Boletín Oficial del Estado, núm. 200, publicado el 22 de agosto de 1977, páginas 18716 a 18717 [consultado 16 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1977/08/22/pdfs/A18716-18717.pdf>
67. Caviedes López V. Rol profesional enfermero: cambios más significativos en el siglo XX. Nuber Cientif [Internet]. 2014 [consultado 10 Ene 2019]; 2(12). Disponible en: <http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/viewFile/33/31>
68. Orden de 28 de febrero de 1985, por la que se establecen los órganos de dirección de los hospitales y la dotación de su personal, regulando la provisión de los cargos y puesto correspondiente. Boletín Oficial del Estado, núm. 55, publicado el 5 de marzo de 1985, páginas 5501 a 5503 [consultado 16 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1985/03/05/pdfs/A05501-05503.pdf>
69. Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986. Boletín Oficial del Estado, núm. 102, publicado el 29 de abril de 1986, páginas 15207 a 15224 [consultado 16 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
70. Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. Boletín Oficial del Estado, núm. 269, publicado el 9 de noviembre de 2001, páginas 40986 a 40999 [consultado 16 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2001/11/09/pdfs/A40986-40999.pdf>



71. Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias 44/2003, de 21 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, núm. 280, publicado el 22 de noviembre de 2003, páginas 41442 a 41458 [consultado 16 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>
72. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Boletín Oficial del Estado, núm. 108, publicado el 6 de mayo de 2005, páginas 15480 a 15486 [consultado 16 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2005/05/06/pdfs/A15480-15486.pdf>
73. Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Boletín Oficial del Estado, núm. 260, publicado el 30 de octubre de 2007, páginas 44037 a 44048 [consultado 16 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2007/10/30/pdfs/A44037-44048.pdf>
74. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre. Boletín Oficial del Estado, núm. 225, publicado el 16 de septiembre de 2010, páginas 78742 a 78767 [consultado 16 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/09/16/pdfs/BOE-A-2010-14199.pdf>
75. Real Decreto 1302, de 22 de octubre de 2018, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. Boletín Oficial del Estado, núm. 256, publicado el 23 de octubre de 2018, páginas 102636 a 102643 [consultado 20 Mar 2019]. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-14474](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-14474)
76. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INEbase; 2009 [actualizada 14 Feb 2017, consultada 25 Mar 2019]. Estadística de profesionales sanitarios colegiados. Disponible en: [http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176781&menu=ultiDatos&idp=1254735573175](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176781&menu=ultiDatos&idp=1254735573175)
77. Eurostat [Internet]. Luxemburgo: European Commission; 2009 [actualizada 14 Mar 2019, consultada 25 Mar 2019]. Healthcare personnel statistics – nursing and caring professionals. Disponible en: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>
78. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados [Internet] 2017. Disponible en: [https://www.ine.es/prensa/epsc\\_2017.pdf](https://www.ine.es/prensa/epsc_2017.pdf)
79. Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro de marzo [Internet]. 2013. Disponible en: [http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2980\\_2999/2981/Es2981.pdf](http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2980_2999/2981/Es2981.pdf)
80. Fernández Gutiérrez DA. Por qué su imagen profesional puede afectar seriamente a la salud de las personas que atiende (y a la suya propia). Ene [Internet]. 2017 [consultado 7 Mar 2019]; 11(2). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2017000200003&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2017000200003&script=sci_arttext&tlng=pt)
81. Meira de Melo CM, Cunha Florentino T, Batista Mascarenhas N, et al. Autonomia profissional da enfermeira: algumas reflexões. Esc Anna Nery [Internet]. 2016 [consultado 21 Mar 2019]; 20(4). Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/1277/127746815012/>

82. García Sierra R, Fernández Castro J, Martínez Zaragoza F. Implicación de las enfermeras en su profesión. Un estudio cualitativo sobre el engagement. *Enferm Clin* [Internet]. 2017 [consultado 21 Ene 2019]; 27(3): 153-162. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862117300372>
83. .Y.Ng J, H.K. Luk B. Patient satisfaction: Concept analysis in the healthcare context. *Patient Education and Counseling* [Internet]. 2018 [consultado 21 Ene 2019]; 102(4): 790-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399118310048>
84. Byers V. The challenges of leading change in health-care delivery from the front-line. *Journal of Nursing Management* [Internet]. 2017 [consultado 7 Ene 2019]; 25(6): 449-456. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.12342>
85. Devos Barlem EL, Lerch Lunardi V, Geri Tomaschewski J et al. Moral distress: challenges for an autonomous nursing professional practice. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. 2019 [consultado 21 Ene 2019]; 47(2): 506-510. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000200033&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000200033&script=sci_arttext&tlng=es)
86. Morley G. What is “moral distress” in nursing? How, can and should we respond to it? *J Clin Nurs* [Internet]. 2018 [consultado 25 Mar 2019]; 27(19-20): 3443-3445. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6175312/>
87. Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de Burnout. *Med Leg Costa Rica* [Internet]. 2015 [consultado 25 Mar 2019]; 32(1): 119-124. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152015000100014&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152015000100014&script=sci_arttext&tlng=en)
88. Busquets Surribas M, Delgado Hito P, Jiménez Herrera M et al. Invisibilidad del cuidado. En: Domínguez Alcon C, Kohlen H, Tronto J, coordinadores. *El futuro del cuidado. Comprensión de la ética del cuidado y práctica enfermera*. 1º ed. Barcelona: Ediciones San Juan de Dios; 2017. p.40-9
89. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, et al. Nurse staffing and educational and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet* [Internet]. 2014 [consultado 13 Feb 2019]; 383: 1824-1830. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673613626318>
90. Luengo Martínez C, Paravic Klijn T, Burgos Moreno M. Profesionalismo en enfermería: una revisión de la literatura. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2017 [consultado 21 Ene 2019]; 14(2): 131-142. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-706320170002000131&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-706320170002000131&script=sci_arttext)
91. Rifà Ros R, Espinosa Fresnedo C. Lenguaje profesional y ética del cuidado. En: Domínguez Alcon C, Kohlen H, Tronto J, coordinadores. *El futuro del cuidado. Comprensión de la ética del cuidado y práctica enfermera*. 1º ed. Barcelona: Ediciones San Juan de Dios; 2017. p.33-39.

92. Dimitroff LJ, Tydings DM, Nickoley S, et al. From blank canvas masterwork: creating a professional practice model at a Magnet Hospital. *Nursing Research and Practice* [Internet]. 2016 [consultado 25 Feb 2019]; 2016. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2016/8783594/abs/>
93. McHugh MD, Kelly LA, Smith HL, et al. Lower mortality in Magnet Hospitals. *Med Care* [Internet]. 2013 [consultado 13 Feb 2019]; 51(5): 382-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4299696/>
94. Corrales Nevado D, Palomo Cobos L. La importancia de la longitudinalidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. *Enferm Clin* [Internet]. 2014 [consultado 07 Ene 2019]; 24(1): 51-58. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862113001319>
95. Encinar Casado A. Enfermería escolar, la situación hoy en día. *Revista Enfermería CyL* [Internet]. 2015 [consultado 25 Mar 2019]; 7(1): 56-61. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/144>
96. Aiken L, Sloane D, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International journal of nursing studies* [Internet]. 2013 [consultado 13 Feb 2019]; 50(2): 143-153. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748912004105>
97. Amaro Cano MC. La formación humanística de las enfermeras: una necesidad insoslayable. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2013 [consultado 07 Mar 2019]; 29(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192013000400005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000400005)
98. Amezcua M. Diez Tesis para una Historia de la Enfermería visible. *Index Enferm* [Internet]. 2015 [consultado 07 Mar 2019]; 24 (4). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962015000300002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000300002)
99. Amezcua M. La integración de la Enfermería en la Universidad: una historia inacabada. *Temperamentvm* [Internet]. 2015 [consultado 09 Mar 2019]. Disponible en: <http://digibug.ugr.es/handle/10481/50967>
100. Arceado Marañón A, Isla Pera MP (dir.). *Identidad profesional enfermera: Construcción y desarrollo en los estudiantes durante su formación universitaria* [tesis doctoral en Internet]. [Barcelona]: Universitat de Barcelona; 2013 [consultado 07 Ene 2019]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/49181>
101. Arredondo González CP, de la Cuesta Benjumea MC, Ávila Olivares JA. El Mundo material para los Cuidados de Enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2013 [consultado 07 Mar 2019]; 22(1-2): 65-69. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962013000100014](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100014)
102. Artioli G, Foà C, Taffurelli C. An integrated narrative nursing model: towards a new healthcare paradigm. *Acta Bio Medica Atenei Parmensis* [Internet]. 2016 [consultado 03 Mar 2019]; 87(4-S): 13-22. Disponible en: <http://www.mattioli1885journals.com/index.php/actabiomedica/article/view/5949/4201>

103. Bernalte Martí V. Minoría de hombres en la profesión de enfermería. Reflexiones sobre su historia, imagen y evolución en España. *Enfermería Global* [Internet]. 2015 [consultado 07 Mar 2019]; 14(1): 328-334. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.14.1.198631>
104. Bezerra de Farias FB, Lucena Vidal L, Rodrigues Farias RA, Pereira de Jesús AN. Humanized care in the ICU: challenges from the viewpoint of health professionals. *J Res Fundam Care* [Internet]. 2013 [consultado 12 Mar 2019]; 5(4): 635-42. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5091045>
105. Blanco Donoso LM, Moreno Jiménez B, Llanta Abreu MC, Martínez Ochoa Y, Garrosa E. Flexibilidad psicológica y atención plena: analizando su valor añadido sobre los niveles de energía y motivación entre enfermeras procedentes de España y Cuba. *Summa Psicológica UST* [Internet]. 2017 [consultado 21 Ene 2019]; 14(2): 24-34. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6231732>
106. Collado Quezada CA, Castillo Parra S. Reflexiones sobre enfermería desde la biopolítica: relaciones de poder y cuidado. *Cultura de los Cuidados* [Internet]. 2017 [consultado 07 Mar 2019]; 47: 22-27. Disponible en: <https://ojs.eltallerdigital.com/index.php/cuid/article/view/2017-n47-reflexiones-sobre-enfermeria-desde-la-biopolitica-relaciones-de-poder-y-cuidado>
107. Da Silva RN, de Freitas FDS, de Araújo FP, Ferreira MDA. A policy analysis of teamwork as a proposal for healthcare humanization: implications for nursing. *International Nursing Review* [Internet]. 2016 [consultado 03 Mar 2019]; 63(4): 572-579. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/inr.12331>
108. Despaigne Pérez C, Martínez Barrera EL, García Posada BA. El proceso de atención de enfermería como método científico. 16 de Abril [Internet]. 2015 [consultado 07 Mar 2019]; 54(259): 91-96. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=63618>
109. Esteban Sepúlveda S, Ruzafa Martínez M (dir), Fuentelsaz Gallego C (dir), Moreno Casbas T (dir). Evolución del entorno laboral percibido por las enfermeras del Sistema Nacional de Salud en España entre los años 2009-2014 [Tesis doctoral en Internet]. [Murcia]: Universidad de Murcia; 2017 [consultado 07 Ene 2019]. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/53800>
110. Ferreira da Silva FL, Cordeiro de Oliveira RC, Duarte de Sá L, Soares de Lima A, Virginio de Oliveira AA, Collet N. Humanization of nursing care in a hospital environment: the user's perception. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2014 [consultado 03 Mar 2019]; 13(2): 210-218. Disponible en: [http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/22015/pdf\\_190](http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/22015/pdf_190)
111. Gómez Torres D, Tellez Rojas G, Santos Dinis PM, Maris Peres A. Percepción social de usuarias atendidas exclusivamente por enfermeras en la etapa perinatal. *Enfermería actual de Costa Rica*. 2018 [consultado 07 Ene 2019]; 35: 116-127. Disponible en: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-45682018000200116&script=sci\\_abstract&lng=en](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-45682018000200116&script=sci_abstract&lng=en)

112. Guerrero Núñez SR, Cid Henríquez P. Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. Aquichán [Internet]. 2015 [consultado 07 Mar 2019]; 15(1):129-140. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5083093>
113. Kangasniemi M, Pakkanen P, Korhonen A. Professional ethics in nursing: an integrative review. Journal of Advanced Nursing [Internet]. 2015 [consultado 07 Mar 2019]; 71(8): 1744-1757. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.12619>
114. Mínguez Moreno I, Siles González J. Pensamiento crítico en enfermería: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva. Aquichán [Internet]. 2014 [consultado 07 Mar 2019]; 14(4): 594-604. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/44131>
115. Mohsen Shahriari EM, Abbas A, Masoud B. Nursing ethical values and definitions: a literature review. Iran J Nurs Midwifery R [Internet]. 2013 [consultado 10 Mar 2019]; 18(1): 1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3748548/>
116. Pinto Freyre J, Santamaría García JM, Santamaría Pérez A, Martínez Botija S. Cuidadosofía: una introducción a la relación entre cuidado y filosofía. Ene [Internet]. 2017 [consultado 12 Mar 2019]; 11(3). Disponible: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2017000300001&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2017000300001&script=sci_arttext&tlng=en)
117. Luz Schmitz E, Lima Gelbcke F, Bruggmann MS, Liz Luz SC. Filosofía e marco conceitual: estruturando coletivamente a sistematização da assistência de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2017 [consultado 25 Mar 2019]; 37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68435>
118. Siles González J. El humanismo en enfermería a través de la sociopoética y la antropoética. Cultura de los Cuidados [Internet]. 2014 [consultado 12 Mar 2019]; 18(38). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.01>
119. Solon Tajra F, Soares Pontes RJ, Costa Carvalho H. The possible meanings of care: self-care and care-for-the-other. Invest Educ Enferm [Internet]. 2017 [consultado 15 Mar 2019]; 35(2): 199-209. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v35n2a09>
120. Van Bogaert P, Kowalski C, Weeks SM, Van Heusden D, Clarke S. The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: A cross-sectional survey. International Journal of Nursing Studies [Internet]. 2013 [consultado 25 Mar 2019]; 50(12): 1667-1677. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.010>